

القانون الدولي المصغى



الدكتور
خالد سعد أنصارى يوسف
دكتوراه فى القانون الدولى العام
كلية الحقوق - جامعة الإسكندرية



دار الجامعة الجديدة



دار الجامعة الجديدة للنشر

٢٨ شارع سوتير - الأزاريطة الإسكندرية ت : ٤٨٦٣٦٢٩ - ٤٨٦٨٠٩٩

E-mail. : dargamaaelgadida@hotmail.com

www.darggalex.com info@darggalex.com

القانون الدولي المصغى

دكتور

خالد سعد أنصاري يوسف

دكتوراه في القانون الدولي العام

كلية الحقوق - جامعة الإسكندرية

2014



دار الجامعة الجديدة

٤٠-٣٨ ش سوتير - الأزاريطة - الإسكندرية

تليفون: ٤٨٦٣٦٢٩ فاكس: ٤٨٥١١٤٣ تليفاكس: ٤٨٦٨٠٩٩

E-mail: dargamaaelgadida@hotmail.com

www.darggalex.com info@darggalex.com

بِسْمِ اللَّهِ الرَّحْمَنِ الرَّحِيمِ

﴿ وَفَوْقَ كُلِّ ذِي عِلْمٍ عَظِيمٌ ﴾

صدق الله العظيم

(سورة يوسف من الآية ٢٦)

الإهداء

• إلى روح أستاذي العظيم

الدكتور محمد سامي عبد الحميد

رحمه الله وأسكنه فسيح جناته أهدى هذا العمل
عرفاناً ووفاءً

مقدمة

من الثابت تاريخيا، إن الإنسان والجماعات الإنسانية لا تستطيع العيش بصورة منفردة بل تعيش في تبادل وتميل للعيش بطريقة جماعية. ولذا لعبت الأمراض وخاصة المعدية دورا كبيرا في حياة البشرية. فكانت التجارة النشاط الإنساني الرئيسى على مدار العصور والأزمنة المختلفة لتبادل السلع والخدمات.

وكان لتطور وسائل النقل والاتصال أثرا كبيرا في ازدياد حركة التجارة بين الدول، الأمر الذى أدى إلى تعاصر ميلاد القانون الدولى الصحى كفرع مع ميلاد القانون الدولى العام. وتطور القانون الدولى الصحى بتطور وسائل النقل والاتصال. فعلى أثر اندلاع الثورة الصناعية ببريطانيا وازدهار صناعة السفن وزيادة إنتاج السلع التجارية، ظهرت الحاجة إلى تعاون دولى صحى من أجل مكافحة انتقال الأمراض والأوبئة. ومع نهاية القرن العشرين، كانت بداية ظهور عصر العولمة الذى يتصف بسهولة الانتقال والاتصال؛ ظهرت الحاجة الشديدة للقانون الدولى الصحى لمكافحة الأمراض المعدية ومعايير سلامة الأغذية والصحة البيئية والخدمات الصحية والصحة المجتمعية.

وقد خضع القانون الدولى الصحى للتطور العلمى للعلوم الصحية. ففي البداية، ونظرا لعدم توافر المعرفة العلمية لمسببات الأمراض اقتصر دور الدول على إنشاء المحاجر الصحية والتي بمقتضاها إخضاع الأفراد والسلع للكشف الطبى قبل دخول الدولة. فعقدت الاتفاقيات الدولية المختلفة لتنظيم عمل المحاجر الصحية حتى لا تصبح عائقا أمام حركة التجارة العالمية من خلال التدابير الآتية : (١) اجراء الفحص الطبى السفينة ؛ (٢) هبوط وعزل الاشخاص الذين يعانون من الأمراض المعدية ؛ (٣) الهبوط والمراقبة للركاب مدة اقصاها خمسة ايام ؛ (٤) تطهير الملابس الملوثة ، (٥) تطهير

أجزاء السفينة التي يشغلها راكب مريض خلال الرحلة؛ (٦) تطهير قلب السفينة بواسطة تصريف مياه للصرف الصحي؛ (٧) توفير مياه الشرب للركاب عند وصولهم على متن السفينة؛ (٨) التطهير وتصريف الفضلات البشرية. (٩) قيام سلطات الموانئ بتطهير البضائع والكتب والأوراق أخرى، أو الامتعة على سفينة.

أعقب ذلك، تطور المعارف العلمية ومعرفة مسببات بعض الأمراض المعدية فظهرت التحصينات واللقاحات والتي تكسب جسم الإنسان مناعة ضد الإصابة ببعض الأمراض المعدية. فظهرت الحاجة إلى تنظيم دولي لتعزيز التعاون الدولي الصحي لتحقيق ثلاثة أهداف رئيسية هي الأخرى في الاعتبار : (١) مراقبة تنفيذ الاتفاقيات الدولية الصحية. (٢) موائمة أنظمة الحجر الصحي الوطني؛ (٣) إنشاء هيئة دولية لمراقبة الأمراض؛

بعد ذلك، اكتشف العلاج بالمضادات الحيوية وظهرت منظمة الصحة العالمية والتي نجحت إلى حد كبير في القضاء على بعض الأمراض وفي مكافحة البعض الآخر. ونظر لظهور لمؤ بعض السلوك الإنساني والذي أدى لظهور بعض الأمراض مثل الظروف السيئة للعمل مع عصر العولمة أهتم القانون الدولي الصحي بالصحة المجتمعية.

ولذا فقد قسمنا هذه الدراسة إلى أربعة أبواب كالتالي:

الباب الأول : تاريخ التعاون الدولي الصحي.

الباب الثاني : الإطار العام للقانون الدولي الصحي.

الباب الثالث : قواعد القانون الدولي للصحة الجسدية.

الباب الرابع : قواعد القانون الدولي للصحة المجتمعية.

الباب التمهيدي تاريخ التعاون الدولي الصحي

من خلال نظرة سريعة على التاريخ، تظهر المعاناة الواسعة والخراب الناجم عن الأوبئة التي غيرت مرارا، بل ودمرت، المؤسسات الاجتماعية والسياسية لحضارات عظيمة. ففي عام ٤٣٠ قبل الميلاد، هاجم الطاعون أثينا؛ وقتل مئات السكان، ولم يتمكن الجيش الأثيني من طرد القوات الغازية من سبارتا. هذا المرض لم يؤدي إلى إضعاف أثينا باعتبارها السلطة السياسية وحسب، بل أضعف أيضا الروح المعنوية للشعب. كما كانت الإمبراطورية الرومانية بدورها ضحية عدة أوبئة مدمرة. وكانت السبب الأقوى في تراجع روما. وفي القرنين الثاني والثالث اجتاح وباء الطاعون العالم الروماني وأودى بحياة عشرات الآلاف، وزاد من إضعاف السلطة السياسية للحكومة، وتفكك الحياة الاقتصادية. كما شهد القرن الخامس ازدياد غزو البرابرة لأوروبا؛ الأمر الذي ساعد على انتشار الأمراض في جميع أنحاءها. كما شهدت بريطانيا الطاعون أثناء غزو السكسون بين عامي ٤٤٠م و ٤٥٠م. وعانت فيينا كثيرا من تفشي الأوبئة. في غضون عقد من الزمن كانت روما ضحية، ثم فرنسا، ثم شمال إفريقيا. كما تسبب الطاعون (الموت الأسود) الذي اندلع في أوروبا عام ١٣٥٠م في وفاة ربما أكثر من خمسة وعشرين مليون نسمة (حوالي ربع مجموع السكان)؛ ويقول المؤرخون إنه كان سببا في انهيار النظام الإقطاعي وعجل بدماره. وقد غيرت حرب الثلاثين بين عامي ١٦١٨م-١٦٤٨م بصورة حاسمة من خريطة أوروبا. بعض نتائجها توقفت علي أكثر من مرض بخلاف العوامل العسكرية.^(١)

1) Linden A. Mander, Foundations Modern World Society, Second Edition, Stanford University Press, California, 1947, pp. 203:246 .
- Paul F. Basch, Textbook of International Health, Second Edition, Oxford University Press, New York, 1999, pp. 17: 19 .

حدد Neville M. Goodman ^(١) ثلاث مراحل إنسانية كرد فعل على تفشي الأوبئة قبل فترة التعاون الدولي الصحي. المرحلة الأولى كان يهيمن عليها تفسيرات إيمانية للأوبئة: حيث كان يفسر تفشي الأوبئة على نطاق واسع بأنها عقاب من الله. وفي المرحلة الثانية بدأت المجتمعات تشعر بأن المرض يمكن أن ينتقل من المصابين للمجتمع كله. ف اتخذت المجتمعات استراتيجية العزلة التامة من خلال فرض حزام صحي لمنع إستيراد أو تصدير أي من الأمراض السائدة، وسادت استراتيجية التطويق الصحي في العصور الوسطى. حالة المعارف العلمية الصحية في هذه المرحلة توقفت عند فرض حزام صحي للحماية من ربود فعل الأوبئة فقط لا غير. ^(٢)

المرحلة الثالثة بدأت مع ازدياد ممارسة الحجر التي قامت بموجبها الحكومات بعزل الأشخاص والبضائع لفترة محددة والتي كانت قادمة من أماكن مصابة، أو المشتبه فيها أنها تعاني من الأوبئة لحماية المجتمع من الأمراض المستوردة. وبدأت ممارسات الحجر في المدن الإيطالية في القرن الخامس عشر. ثم امتدت السوابق الإيطالية في مجال الحجر الصحي لأوروبا بين القرون الرابعة عشرة والتاسعة عشرة تقريباً في جميع البلدان المتحضرة آنذاك في العالم والتي اعتمدت على بعض أشكال الحجر الصحي. ^(٣)

(1) Neville M. Goodman من كبار أستاذة الصحة الدولية بمدرسة الصحة العامة جامعة لندن، وقد مثل بلاده في العديد من منظمات الصحة الدولية منها: منظمة الصحة بعصبة الأمم، واللجنة الدائمة بالمكتب الدولي للصحة العامة. كما شغل العديد من المناصب الدولية في هذا المجال، منها مدير المكتب الأوروبي لوكالة الأمم المتحدة للإغاثة وإعادة التأهيل، ومساعد المدير العام لمنظمة الصحة العالمية.

- Neville M. Goodman, Foreword by M.G. Candau, International Health Organizations and Their Work, Second Edition, Churchill Livingstone, London, 1971 .

(2) من الجدير بالذكر أن أول حجر صحي أنشئ كان في مدينة البندقية عام ١٣٤٨م.
- Cino Vitta, Le Droit Sanitaire International, R.C.A.D.I., 1930, Vol 33, No. 3, pg. 555.

3) Neville M. Goodman, Foreword by M.G. Candau, International Health Organizations and Their Work, op. cit, pp. 79: 81 .

وقد أدت الثورة العلمية الصناعية التي شهدها العالم في مطلع القرن التاسع عشر^(١)، وما اقترن بها من زيادة في الإنتاج والتقدم المذهل في وسائل النقل والمواصلات، الأمر الذي أدى إلى ازدهار حركة انتقال البضائع والمسافرين ما بين الدول المختلفة، مما أدى في حالات عديدة إلى انتقال الأوبئة في صحبتهم. كما أسهم افتتاح قناة السويس في عام ١٨٦٩م أيضاً في ازدهار حركة السفر والنقل ما بين الشرق الأقصى وأوروبا، وبالتالي في إتاحة الفرصة لانتقال الأوبئة في صحبة البضائع والمسافرين. وعليه أصبح التعاون بين الدول في سبيل الكفاح ضد الأوبئة ضرورة حتمية.^(٢)

في القرن التاسع عشر^(٣)، أصبح الطاعون نادر الظهور في دول

1) Paul F. Basch, Textbook of International Health, Oxford University Press, Second Edition, New Yourk, 1999, pp.32: 34.

- ومن الجدير بالذكر أن محمد علي قام، في إطار خطة تحديث مصر بواسطة طريق إدخال العلوم والتكنولوجيا الأوروبية، في عام ١٨٢٥م بتعيين Antoine-Barthelmy Clot الطبيب الفرنسي رئيساً للخدمات الطبية للجيش المصري. وأسس الطبيب الفرنسي مدرسة طبية وتفاعل تماماً مع الحياة المصرية. وفي عام ١٨٣٢م منح لقب بك، ونال استحساناً كبيراً في الأوساط الإنجليزية على جهوده.

- Norman Howard – Jones, The scientific background of the international sanitary conferences 1851: 1938, World Health Organization, Geneva, 1975, pg. 26 .

(2) الأستاذ المرحوم الدكتور/ محمد سامي عبد الحميد، منظمة الصحة العالمية، دروس لطلبة دبلوم القانون العام، جامعة الإسكندرية، كلية الحقوق، ١٩٧٩م، ص ٥ .

(3) أنشاء محمد علي في عام ١٨٣١م المجلس الصحي العام بمصر كصورة مصغرة لوزارة الصحة على أثر حدوث وباء الطاعون عام ١٨٣٣م، حيث استدعى الأمر إخضاع السفن الأجنبية للإجراءات الصحية فطلبت مصر المساعدة من القنصليات الأجنبية التي كونت لجنة قنصلية للصحة ضمت إلى المجلس الصحي العام في مصر عام ١٨٤٣م، ثم تحول المجلس في عام ١٨٨١م إلى مؤسستين الأولى مجلس الصحة العمومية ويختص بشئون مصر الصحية والثاني مجلس الصحة البحرية بالإسكندرية ويختص بإجراءات الحجر الصحي البحري والذي عرف باسم مجلس الكورنثينة المصري.

وفي هذا القرن أنشئت عدة مجالس صحية في منطقة الشرق الأوسط هي: مجلس الصحة العثماني (القسطنطينية) عام ١٨٣٩م، والمجلس الصحي في طنجة عام ١٨٤٠م، والمجلس الصحي الفارسي في طهران عام ١٨٦١م.

الغرب (أوروبا)، " الكوليرا الآسيوية " حلت محله وانتشرت كوباء عدة مرات في أوروبا على فترات متفرقة. هي الفترة ما بين عامي ١٨٢٩م - ١٨٣٧م، والفترة ما بين عامي ١٨٤٤م - ١٨٥٥م. وفي عام ١٨٦٥م، والفترة ما بين عامي ١٨٨٣م - ١٨٨٧م، وفي عام ١٨٩٢م. (١) فعلى سبيل المثال، في ٢٦ مارس عام ١٨٣١م، حيث كان يبلغ تعداد سكان مدينة باريس حوالي ٨٦٢٧٨٥ نسمة، أصاب وباء الكوليرا المدينة وراح ضحيته ٢٧٣٣ حالة وفاة. (٢)

دعا الخوف من الكوليرا الاهتمامات التجارية - على السواء - إلى التعاون الدولي الصحي. وتظهر ممرض الكوليرا في أوروبا، كان الفكر السائد حينئذ أنه يتم اختيارها من خلال التجارة الدولية والسفر. ولزيادة الحماية ضد الأمراض المستوردة ولخفض تكاليف التجارة الدولية كان لا بد من التعاون الدولي الصحي. أول اعتراف صريح لواجب تعاون الدول بشكل فعال كان من قونساعام ١٨٣٤م عندما حاولت الحكومة الفرنسية دون

١- الأستاذ الدكتور/عصمت إبراهيم حمود، دور الشرق الأوسط في التعاون الدولي الصحي منذ أواخر القرن التاسع عشر إلى قيام منظمة الصحة العالمية، المجلة الصحية للشرق الأوسط، منظمة الصحة العالمية، المجلد الأول، العدد ١، عام ١٩٩٥م، ص ١٢١.

- من الجدير بالذكر أيضاً أنه بتاريخ ٨ أكتوبر ١٨٣١م أصدر محمد علي دكرينو ينص على إنشاء مخجر صحي بمدينة الإسكندرية بجوار الميناء الشرقي حيث كانت ترسى به السفن الأوروبية والأجنبية آنذاك، وفي العام التالي تم الانتهاء من بنائه، وأطلق عليه لفظ لازاريت (Lazarette) أسوة بالمحجر الصحي الذي أقامته فرنسا عام ١٨٤٣م بجزيرة سانت ماري دونازاريه، ولفظ لازاريت ذو أصل لاتيني يعنى المكان الذى يحتجز به مريضى البرص أو الجزام، ومن ذلك اللفظ اشتقت كلمة الأزاريطة. ويرجح أن يكون هذا المحجر الآن المستشفى الجامعى الرئيسى (مستشفى الأميرى).
الدكتور/خالد محمود هبة، تقديم الأستاذ الدكتور / محسن محرم زهران، الخطط الإسكندرية، دار العقيدة، الإسكندرية، ٢٠٠٥م، الصفحات ١٤ : ٢٧.

1) Cino Vitta, Le Droit Sanitaire International, op. cit, pg. 555.

2) Norman Howard - Jones - The scientific background of the international sanitary conferences 1851: 1938, op. cit., pg. 18.

جدوى عقد مؤتمر دولي صحي. وكذلك بريطانيا حاولت بمبادرة مماثلة في ١٨٤٣م، ولكن أيضا دون جدوى.^(١)

ولقد واكب التطور التاريخي للتعاون الدولي الصحي تاريخ تطور العلاقات الدولية. ففي البداية عرفت المؤتمرات الدولية كتعبير عن الحاجات الدولية في ميدان التعاون وتنسيق السياسات بين الدول، وتصفية خلافاتها، وتسوية الأوضاع الناجمة عن الحروب. وعندما شعرت الدول بضرورة التعاون فيما بينها لتنظيم علاقاتها الدولية في غير الأمور السياسية على النحو الذي يؤدي إلى الانتفاع بها، وفي ظل ظروف أفضل وأكثر ملائمة نشأت المكاتب أو الاتحادات الدولية، ثم ظهرت المنظمات الدولية في شكلها الحديث تعبيرا عن الرغبة في إقامة مجتمع دولي منظم تنبذ فيه الدول الحروب، لتسود مبادئ العدالة والمساواة والتعاون. وعليه فإن التنظيم الدولي لم ينشأ من فراغ وإنما جاء نتيجة لوجود مصالح مشتركة على درجة كبيرة من الأهمية، هذه المصالح نمت وكثرت وتشعبت فظهرت الحاجة إلى ضرورة تنظيم هذه المصالح في شكل أو آخر.^(٢)

ونوضح هذا التطور التاريخي للتعاون الدولي الصحي من خلال أربعة فصول يعرض في أولها المؤتمرات الدولية الصحية، وفي ثانيها المكتب الدولي للصحة العامة، وثالثها منظمة الصحة بعصبة الأمم ورابعها نشأة منظمة الصحة العالمية.

1) David P. Fidler, International Law and Infection Diseases, Oxford University Press, Indiana USA, 1999, pg. 27.

2) الدكتور/ صلاح الدين عامر، قانون التنظيم الدولي، دار النهضة العربية، القاهرة، ٢٠٠١م: ٢٠٠٢م، ص ١٧.

الفصل الأول المؤتمرات الدولية الصحية

منذ أن تأكدت ظاهرة الدولة بمفهومها الحديث، تنبّه الأوروبيون إلى أن التفاهم والتعاون قد يؤدي في كثير من الأحيان إلى حلول معقولة لما بينهم من تنافس وصراع يوفر عليهم ويلات الحروب ويحفظ بينهم نوعاً من التوازن المعقول. ولجأت الدول الأوروبية للوصول إلى هذه الحلول بواسطة الاجتماع في مؤتمرات لتحقيق أهداف واستراتيجيات مختلفة من خلال حل مشكلة أو مجموعة من المشاكل تهم الدول المشتركة في المؤتمر والوصول إلى حل يقبله الجميع.^(١)

وكانت الدول ترشح موضوع للاتفاق عليه ويتم إعداد مشروع أولى للاتفاقية بالاعتماد على كل البيانات من العلم والممارسة. بعد ذلك تنقل هذه المشاريع إلى الحكومات لتقديم المشورة والتعليقات ثم تأتي كل الردود وتدرج المسائل التي تلقت موافقة رسمية من الغالبية العظمى وتوجه الدعوة إلى الدول للمشاركة في مؤتمر. وكانت تنضم هذه المؤتمرات بتواترها واتجاه الأغلبية لإجبار الأقلية للوصول إلى حلول، ومعظمها كان في الأمور الفنية بعيداً عن السياسية.^(٢)

ولما كان انتشار الأوبئة خطراً يهدد الحياة البشرية آنذاك في هذه الدول، فقد اتجهت لعقد عدة مؤتمرات دولية لمواجهتها يوجزها الباحث فيما يلي:
المؤتمر الأول: باريس عام ١٨٥١م.

أنعقد مؤتمر باريس في عام ١٨٥١م بناء على دعوة فرنسا للدول الاثنتي عشرة، التي تطل على البحر الأبيض المتوسط أو التي لها مصالح

(١) الأستاذ الدكتور/ محمد سامي عبد الحميد، قانون المنظمات الدولية الجزء الأول الأمم المتحدة، الطبعة الثامنة، دار المطبوعات الجامعية، الإسكندرية، ١٩٩٧م، ص ١١.
(٢) Marcel Sibert, Quelques Aspects De L'Organisation Et De La Technique Des Conférences Internationales, R.C.A.D.I, 1934, Vol 48, No.2, pg. 452 .

في الملاحة في هذا البحر.^(١) كل دولة من الدول المشاركة كانت ممثلة من قبل مندوبين اثنين، طبيب ودبلوماسي، وتم الاتفاق بعد مناقشات أن كل حكومة يكون لها حق في صوتين. ومع ذلك، قرر المؤتمر أيضا أن التصويت لا ينبغي أن يكون من جانب الدول ولكن من جانب المندوبين أعضاء الوفود.^(٢) ويعتبر هذا المؤتمر الدولي أول مؤتمر أسفر عن إتفاقية دولية في المجال الصحي وقعت في باريس في الثالث من فبراير ١٨٥٢م.^(٣) نصت هذه الاتفاقية على أنه من حيث المبدأ يحظر على الدول المتعاقدة إغلاق الموانئ في مواجهة السفن بسبب وجود أمراض معدية في دولة المصدر. وذلك لمكافحة نوعين من الأمراض هما الطاعون والحمى الصفراء، أما بالنسبة لمرض الكوليرا فحدث خلاف بين الدول المشاركة حول إخضاعه لإجراءات الحجر الصحي، وانتهى إلى عدم إخضاعه لسببين أولهما عدم وجود معرفة علمية طبية له والثاني التأثير السلبي لإجراءات الحجر الصحي على حركة السفر والنقل.^(٤) وأبرمت اتفاقية تتضمن ١٣٧ مادة شكلت أول محاولة دولية لإصدار قانون دولي صحي.^(٥) ولم تتجح الاتفاقية في الممارسة كثيرا، حيث صدقت عليها ثلاث دول فقط هي:

(1) من الجدير بالذكر أن الدول المشاركة هي:

الدول البابوية - توسكانا وسردينيا وبعد سنوات قليلة وفي وقت لاحق أصبحا جزءا من إيطاليا الموحدة - الصقليتين - أسبانيا - اليونان - البرتغال - روسيا - النمسا - بريطانيا العظمى - الإمبراطورية العثمانية (تركيا) - فرنسا.

- Norman Howard Jones, The scientific background of the International Sanitary Conferences 1851:1938, op. cit, pg. 12 .

(2) Norman Howard Jones, The scientific background of the International Sanitary Conferences 1851:1938, op. cit, pg. 12 .

(3) Cino Vittal, Le droit sanitaire International, op. cit, pp. 564: 578 .

(4) Norman Howard Jones, The scientific background of the International Sanitary Conferences 1851:1938, World Health Organization, Geneva, 1975, pp. 12:16 .

(5) Norman Howard Jones - The scientific background of the International Sanitary Conferences 1851:1938, op. cit., pp. 12: 16

البرتغال وفرنسا وسردينيا. بعد ذلك انسحبت كل من البرتغال وسردينيا في عام ١٨٦٥م بسبب الصعوبات في التنفيذ، وبالتالي نسخت الاتفاقية.^(١) وإذا كان هذا المؤتمر لم يحقق أية نتائج عملية ذات أهمية إلا أنه فتح الطريق أمام مؤتمرات صحية أخرى عديدة، حيث قدم عدة مبادئ منها أن مبدأ الحجر الصحي لا ينطبق على السفن التي تحمل شهادة صحية نظيفة وخالية من الإصابة، والحد الأقصى والحد الأدنى لفترات تطبيق الحجر الصحي تختلف في كل من الأمراض الثلاثة، والتدابير اللازمة لضمان رحلة صحية ينبغي أن تؤخذ في ميناء المغادرة؛ الحجر الصحي ينبغي أن يقدم في مستشفيات بدلا من السجون؛ كذلك توحيد مستحقات الحجر الصحي، ويجب أن لا تعتبر مصدرا للدخل.^(٢)

المؤتمر الثاني: باريس عام ١٨٥٩م.

أرسلت إحدى عشر دولة^(٣) مندوبيها للمؤتمر، وبالرغم من الجهود العلمية الطبية التي كانت تبذل حول مرض الكوليرا فإن الخلاف استمر حول مسببات المرض، وحول إذا كان من الأمراض المعدية من عدمه.^(٤) وانتهى

1) Neville M. Goodman, Foreword by M.G. Candau, International Health Organizations and Their Work, op. cit, pg. 49.

(2) الأستاذ المرحوم الدكتور / محمد سامي عبد الحميد، منظمة الصحة العالمية، مرجع سابق، ص ٥.

(3) افتتح المؤتمر في ٩ أبريل، وانتهى في أغسطس ١٨٥٩م، وحضره أحد عشرة دولة كانت مشتركة هم النمسا، فرنسا، بريطانيا، اليونان، الولايات البابوية، والبرتغال، وروسيا، وسردينيا وإسبانيا وتركيا وتوسكاني.

- Neville M. Goodman, Foreword by M.G. Candau, International Health Organizations and Their Work, op. cit, pg. 53.

(4) من الجدير بالذكر في هذا الخصوص بأن الصيدلي الفرنسي Jean-Robert Breant أوصى بمبلغ مائة ألف فرنك فرنسي لأكاديمية العلوم بباريس تمنح لأي شخص يتوصل لعلاج الكوليرا أو اكتشاف سببها. كما أوصى بأنه إلى أن يحين الوقت الذي تمنح فيه الجائزة الفائدة على رأس المال ينبغي أن تستخدم لجائزة سنوية " للشخص الذي يقدم علوما بشأن مسألة الكوليرا أو أي مرض وبائي... وعلى أثر ذلك قدمت العديد من الأبحاث في هذا المجال.

المؤتمر بالتوقيع على مشروع اتفاقية من جانب كل النمسا، وفرنسا، وبريطانيا العظمى، والدول البابوية، والبرتغال، وروسيا، وسردينيا، وإسبانيا، في حين امتنعت اليونان والدولة العثمانية ولم يصدق عليها بعد ذلك أي من الدول المشاركة أبداً.^(١) ويرجح البعض إلى أن عدم التصديق على الاتفاقية يعود للاضطرابات التي حدثت في أوروبا واندلاع حرب بين فرنسا والنمسا وإيطاليا.^(٢)

المؤتمر الثالث: القسطنطينية عام ١٨٦٦م.

في عام ١٨٦٥م، شهدت مصر أولاً ثم أوروبا وباء الكوليرا، الذي جلب مع الحجاج من الهند إلى مكة المكرمة. كانت تدابير الحجر الصحي تبدو عاجزة عن وقف هذا الوباء العنيف. وعلى أثر ذلك، قامت الحكومة الفرنسية بالمبادرة للدعوة لمؤتمر دولي صحي.^(٣)

افتتح المؤتمر في القسطنطينية في ١٣ فبراير ١٨٦٦م، ودام لمدة سبعة أشهر، ومرة أخرى تقرر لكل دولة مندوبين لكل منهما صوت، وتجرى عملية التصويت من جانب المندوبين بدلاً من جانب الدول. مع السماح بمشاركة آخرين مع المندوبين في المناقشات ولكن دون حق التصويت. وكان مناخ الرأي العام في ذلك الوقت بالمؤتمر مازال يحتوى على خلافات عميقة في الرأي بالنسبة لطبيعة وطريقة انتشار الأمراض الوبائية الرئيسية.^(٤)

= Norman Howard, Jones, The scientific background of the International Sanitary Conferences 1851:1938, op. cit, pg. 20 .

1) Norman Howard, Jones, The scientific background of the International Sanitary Conferences 1851:1938, op. cit, pg. 21 .

2) Neville M. Goodman, Foreword by M.G. Candau, International Health Organizations and Their Work, op. cit, pg. 54 .

3) Neville M. Goodman, Foreword by M.G. Candau, International Health Organizations and Their Work, op. cit, pp. 54: 55 .

4) Norman Howard, Jones, The scientific background of the International Sanitary Conferences 1851:1938, op. cit, pg. 23 .

- الدول المشاركة هي:

وانتهى المؤتمر دون الوصول إلى اتفاقية بل توصل إلى وثيقة ختامية تضمنت عدة مبادئ، منها أنه للسيطرة على انتشار الكوليرا بين الحجاج بمكة المكرمة، يجب على جميع القادمين إليها من المناطق الموبوءة أن يكونوا مشتبها فيهم ويحصلون على الدعم اللازم، وأكد على ضرورة التركيز على أهمية التدابير قبل المغادرة، واقتراح إنشاء محطات للحجر الصحي بين مصر والحجاز.^(١)

المؤتمر الرابع: فيينا عام ١٨٧٤م.

عقد هذا المؤتمر بناء على اقتراح من روسيا، التي وجدت أن استمرار وجود وباء الكوليرا في جميع أنحاء منطقة البحر الأسود وفي أراضي مناطق أخرى، أدى إلى فرض ترتيبات الحجر الصحي المقيدة على حركة النقل البحري. وبالإضافة إلى افتتاح قناة السويس عام ١٨٦٩م، الأمر الذي يتطلب دراسة مواجهة المزيد من مخاطر انتقال وباء الكوليرا إلى أوروبا حيث أسرع رحلة مباشرة من الهند إلى أوروبا.^(٢)

- الدول البابوية - إيطاليا الموحدة - إسبانيا - اليونان - البرتغال - روسيا - النمسا - بريطانيا العظمى - فرنسا - بلجيكا - الدنمارك - هولندا - فارس - روسيا - الاتحاد السياسي لكل من السويد والنرويج والذي حقق أول ظهور - بالإضافة للإمبراطورية العثمانية.

1) Neville M. Goodman, Foreword by M.G. Candau, International Health Organizations and Their Work, op. cit, pg. 58..

2) Neville M. Goodman, Foreword by M.G. Candau, International Health Organizations and Their Work, op. cit, pg. 58..

- من الجدير بالذكر ما جاء بذات المرجع والصفحة أن ٢٢ دولة اشتركت في هذا المؤتمر وهي:

النمسا، المجر، بلجيكا، الدنمارك، مصر، فرنسا، ألمانيا، بريطانيا العظمى، اليونان، إيطاليا، لوكسمبورج، هولندا، النرويج، بلاد فارس، البرتغال، رومانيا، روسيا، صربيا، إسبانيا، السويد، سويسرا، تركيا، كما دعيت الولايات المتحدة ولكن لم ترسل ممثلاً عنها.

- من الجدير بالذكر أيضاً أن عمليات الشحن التجاري آنذاك تبدأ من روسيا وتم عبر مضيق البوسفور ثم إلى قيادة وكلاء الحجر الصحي لحكومة الإمبراطورية العثمانية.

أشار الوفد الفرنسي إلى أن الخلافات في الرأي كبيرة بين دول منطقة البحر الأبيض المتوسط، التي تفضل الحجر الصحي، ودول الشمال، التي لا تفضلها. وأنه حتى داخل فرنسا نفسها كان هناك اختلاف، بين موانئ البحر المتوسط حيث يجري فيها الحجر الصحي بينما كانت لاتجريه القنارة الإنجليزية.^(١) واقترح حل وسط من المندوب الألماني وتمت الموافقة عليه بالإجماع ويتضمن نظامين مختلفين لمكافحة وصول الكوليرا إلى أوروبا، أولهما الاستعاضة بالفحص الطبي بدلا عن الحجر الصحي لتلك الدول التي ترغب في ذلك، ثانيهما يحتفظ البعض الآخر بالحجر الصحي. كما اتفق على أنه ينبغي الإبقاء على الحجر الصحي في منطقة البحر الأحمر وبحر قزوين.^(٢)

وفي الجلسة الختامية التي عقدت في الأول من أغسطس، قام جميع المندوبين بتوقيع وثيقة ختامية تحتوي على القرارات التي تم التوصل إليها. وكانت هذه القرارات تدور حول موضوعين: الأول تقديم أنظمة صحية تقف عند حد وسط بين إلغاء وبقاء الحجر الصحي البحري لضمان الوئام الدولي، والثاني يتعلق بإنشاء اللجنة الدولية للصحة الدائمة في فيينا، وهدفها هو دراسة الأمراض الوبائية. وكانت مسؤوليات اللجنة "علمية محضة"^(٣)، على

= Norman Howard, Jones, The scientific background of the International Sanitary Conferences 1851:1938, op. cit, pg. 35 .

1) Norman Howard, Jones, The scientific background of the International Sanitary Conferences 1851:1938, op. cit, pg. 40 .

2) Neville M. Goodman, Foreword by M.G. Candau, International Health Organizations and Their Work, op. cit, pg. 59 .

(3) من الجدير بالذكر أن اختصاصات اللجنة المزمع إنشائها هي:

(أ) تعزيز دراسة الأوبئة .

(ب) عرض أساليب مشاريع إنشاء وإدارة الحجر الصحي .

(ج) تقديم المشورة على أساس استشاري للدول التي تحتاج إليها .

(د) اقتراح عقد المؤتمرات الصحية الدولية، ووضع برامجها.

Neville M. Goodman, Foreword by M.G. Candau, International Health Organizations and Their Work, op. cit, pg. 60 .

أن تكون مهمتها الرئيسية هي دراسة الكوليرا. ومع ذلك، يمكن لها أيضاً دراسة الأمراض الوبائية الأخرى. وكانت اللجنة تتألف من وفود طبية من الحكومات المشاركة ويكون لها مقر به موظفون تعينهم اللجنة. ولم تنشأ اللجنة الدولية للصحة الدائمة، ولعل ذلك يعود إلى تردد عدد من الحكومات كانت من بينهم حكومة بريطانيا العظمى.^(١)

المؤتمر الخامس: واشنطن عام ١٨٨١م.

بسبب استمرار خطر الكوليرا في العالم الجديد، وتكرار أعراض الحمى الصفراء في الولايات المتحدة الأمريكية، وذلك على أثر التوسع في النمو والتجارة والهجرة بين نصفي الكرة. دعت الولايات المتحدة الأمريكية إلى مؤتمر صحي دولي اشترك فيه حوالي عدد ٣٠ دولة. وكان الهدف الوحيد للولايات المتحدة الأمريكية في عقد هذا المؤتمر الحصول على موافقة دولية لمجموعة من التشريعات المحلية التي من شأنها أن تكون غير قابلة للخلاف.^(٢)

1) Neville M. Goodman, Foreword by M.G. Candau, International Health Organizations and Their Work, op. cit, pg. 60.

من الجدير بالذكر ما جاء بذات المرجع والصفحة عن كلمة المنيدوب البريطاني "Lancet" حول التردد في إنشاء اللجنة الدولية للصحة الدائمة حيث قرر:

"It is difficult to estimate what amount of practicability underlies the project of an International Epidemiological Commission. There is a certain plausibility about it, but whether the project will commend itself to the different states engaged in the conference remains to be seen. We must confess to want of faith in the value of co-operative international scientific work."

2) Neville M. Goodman, Foreword by M.G. Candau, International Health Organizations and Their Work, op. cit, pg. 61.

من الجدير بالذكر ما جاء بذات المرجع والصفحة أن الدول التي اشتركت هي: ألمانيا، الأرجنتين، النمسا، وهنغاريا، بلجيكا، هوليفيا، البرازيل، شيلي، الصين، كولومبيا، الدنمارك، إسبانيا، الولايات المتحدة الأمريكية، فرنسا، بريطانيا العظمى، هاواي، هايتي، إيطاليا، اليابان، ليبيريا، المكسيك، هولندا، البرتغال، روسيا، السويد والنرويج، تركيا، فنزويلا، كندا، كوبا، بورتوريكو.

ففي ٢ يونيه ١٨٧٩م وافق الكونجرس على قانون "لمنع إدخال العدوى أو الأمراض المعدية إلى الولايات المتحدة الأمريكية". هذا العمل كان يعكس القلق الذي شعرت به الولايات المتحدة إزاء انتشار واسع النطاق للحمى الصفراء في أجزاء معينة بداخلها خلال العامين السابقين للمؤتمر، واستمرار وجوده تقريبا مع خطر إدخال مثل هذه العدوى أو أمراض معدية أخرى من جانب السفن القادمة إليها من الموانئ المصابة في الخارج. ونشأت الصعوبات في وضع هذا القانون موضع التنفيذ نشأت من أحكامه، حيث كان الأمر يتطلب أن إحدى السفن التي كانت تتوجه إلى الولايات المتحدة ينبغي أن يكون في حيازتها شهادة رسمية من قنصلية الولايات المتحدة الأمريكية تحدد التاريخ الصبحي للسفينة. وعلاوة على ذلك، كان يطلب من القنصلية رسميا التحقق بنفسها من الحقائق الواردة بالشهادة، والأسلوب العملي الوحيد لذلك هو تفتيش السفينة. والعكس صحيح، فكانت السفينة لا تستطيع مغادرة إحدى موانئ الولايات المتحدة الأمريكية قبل التأكد ممن على متنها، من قبل مندوب لسلطة أجنبية وهي سلطة الدولة التي سوف تتجه إليها السفينة. ومن البديهي أن تنشأ صعوبات في تطبيق مثل هذا القانون، ولكي يتم تطبيق هذا القانون رأى الكونجرس أنه سوف يكون حبرا على ورق ما لم تكن الأمم الأخرى من الممكن إقناعها به، وهذا الذي أدى إلى فكرة المؤتمر الدولي.^(١)

وبناء على ما سبق في ١٤ مايو ١٨٨٠م أصدر مجلس الشيوخ قرارا أذن فيه لرئيس الولايات المتحدة الأمريكية بالدعوة إلى عقد مؤتمر دولي صحي في واشنطن لعدد من الدول، وبغرض إنشاء نظام دولي للإخطار الفعلي للظروف الصحية للموانئ والأماكن الواقعة تحت ولاية هذه الدول وعلى السفن التي تبحر منها.^(٢)

1) Norman Howard Jones, The scientific background of the International Sanitary Conferences 1851:1938, op. cit., pg. 43 .

2) Neville M. Goodman. Foreword by M.G. Candau, International Health Organizations and Their Work, op. cit, pg. 61 .

لم ينته المؤتمر باتفاقية وفقا لما كانت تهدف إليه الولايات المتحدة الأمريكية، بل أنهى إلى وثيقة ختامية عكست الخلافات القائمة بين الدول أعضاء المؤتمر، و يرجع ذلك إلى التمسك باعتبارات السيادة الوطنية.^(١)

المؤتمر السادس: روما عام ١٨٨٥م.

استمر الخلاف بين الدول على إجراءات الحجر الصحي برغم اكتشاف العالم الألماني روبرت كوخ للميكروب المسبب لمرض الكوليرا (ضمة الكوليرا) ولكن لم يستقر الفقه الطبي الدولي عليه آنذاك. وكان تصلب الموقف البريطاني بالنسبة لمرض الكوليرا في التأكيد بأن وباء الكوليرا لا يرد من الهند أو الحجاز أو مصر، وبناء على ذلك كان الحجر الصحي في قناة السويس غير مجدي، وكانت هناك حاجة إلى إجراء تحسينات في المرافق الصحية مثل التي أجريت في إنجلترا. وقد أثار ذلك ازدياد سخط الفرنسيين وغيرهم من الدول التي تعتبر نفسها معرضة للخطر من خلال التعنت البريطاني لمصالحه التجارية المرتبطة مع هذه الدول.^(٢)

1) Neville M. Goodman, Foreword by M.G. Candau, International Health Organizations and Their Work, op. cit, pg. 62 .

- من الجدير بالذكر أن هذه الوثيقة أسماها البعض سجل الخلافات، وأحتوت أيضا على إنشاء وكالة دولية للإنذار بانتشار الأوبئة.

Norman Howard, Jones, The scientific background of the International Sanitary Conferences 1851:1938, op. cit., pg. 45 .

2) Norman Howard, Jones, The scientific background of the International Sanitary Conferences 1851:1938, op. cit., pg. 46 .

- من الجدير بالذكر في هذا الخصوص أن الحكومة البريطانية كانت في البداية غير راغبة في قبول الدعوة التي وجهتها الحكومة الإيطالية لعقد المؤتمر، ولكن نظرا للاكتشافات في الآونة الأخيرة بشأن الكوليرا فقط وافقت على المشاركة. كما وافقت على إدراج مسألة الحجر الصحي في مصر على جدول الأعمال. وبالرغم من أنها تقدر قلق الدول لهذا الموضوع فإنها لا يمكن أن تتفهم كيف يمكن أن يوصي المندوب الفرنسي بنظام للمراقبة والحجر الصحي الذي يمكن أن يعود بالتجارة البريطانية إلى طريق رأس الرجاء الصالح، ويلحق الضرر البالغ على قناة السويس حيث يصبح لفرنسا في ذلك مصلحة كبيرة .

- Neville M. Goodman, Foreword by M.G. Candau, International Health Organizations and Their Work, op. cit, pg. 65 .

وبناء على ذلك دعت الحكومة الإيطالية إلى عقد المؤتمر، واستجابت ثمان وعشرون دولة وأرسلت ثلاثة وستين مندوباً، من بينهم واحد وثلاثون أطباء. كما تقدمت الحكومة الإيطالية بذاكرة لجميع أعضاء المؤتمر بها ملخص مفيد عن المؤتمرات السابقة؛ واقترحت أنه بسبب الفوضى التي لا تزال تسيطر على الأمور الخاصة بالحجر الصحي، فينبغي أن يكون الهدف من المؤتمر هو إعداد مشروع اتفاق بشأن الحجر الصحي مقبول لجميع الحكومات.^(١)

استمر هذا الخلاف بوضوح في المؤتمر، وخاصة عند التصويت على اقتراح بأن السفن التجارية الإنجليزية، وناقلات الجنود التي ليس لديها أي اتصال مع مصر، ولا مع أي ميناء بالقارة الأوروبية ينبغي أن تستطيع دائماً عبور قناة السويس بدون تفتيش. صوتت بريطانيا والهند لصالح هذا الاقتراح، ورفضته الأغلبية.^(٢) وعلى أثر هذا الخلاف انتهى المؤتمر ولم يسفر عن أي اتفاق أو وثيقة ختامية.^(٣)

المؤتمر السابع: فينسيا ١٨٩٢م.

قدمت النمسا والمجر مبادرة باقتراح عقد المؤتمر، ووافقت إيطاليا على أن تكون مضيفة له. وقامت النمسا والمجر باتخاذ تدابير خاصة لتشجيع

1) Neville M. Goodman, Foreword by M.G. Candau, International Health Organizations and Their Work, op. cit, pg. 64 .

- جاء بذات المرجع والصفحة أن الدول التي اشتركت هي:

الأرجنتين، النمسا، المجر، بلجيكا، البرازيل، شيلي، الصين، الدنمارك، فرنسا، ألمانيا، بريطانيا العظمى، اليونان، غواتيمالا، الهند، إيطاليا، اليابان، المكسيك، هولندا، بيرو، البرتغال، رومانيا، روسيا، صربيا، إسبانيا، السويد والنرويج، سويسرا، تركيا، الولايات المتحدة الأمريكية، أوروغواي.

2) Norman Howard, Jones, The scientific background of the International Sanitary Conferences 1851:1938, op. cit., pg. 56 .

3) Neville M. Goodman, Foreword by M.G. Candau, International Health Organizations and Their Work, op. cit, pg. 66 .

المشاركة في المؤتمر. ^(١) وكانت أربعة عشر دولة أوروبية ممثلة في المؤتمر. ^(٢)

تضمن المؤتمر مسألتين أساسيتين هما السيطرة على طبيعة التدابير التي ينبغي فرضها على سفن الشحن البريطانية الغربية التي تعبر قناة السويس، وإعادة تنظيم المجلس الصحي البحري والحجر الصحي (بمصر) لمراقبة صحة الحجاج القادمين من مكة المكرمة. ^(٣)

وأسفر المؤتمر عن اتفاقية تنص على تصنيف السفن إلى ثلاث فئات وهي:

(١) السفن النظيفة (navires indemnes).

(٢) السفن المشتبه فيها (navires suspects).

(٣) السفن المصابة (navires infectes).

1. من الجدير بالذكر في هذا الخصوص أنه بتاريخ ٢٧ نوفمبر ١٨٩١م أرسل رئيس وزراء بريطانيا، الماركيز ساليسبري، رسالة أكد أن حكومته "سوف تسعى إلى أن تخرج من المناقشات التي تدار في المؤتمر إذا كانت غير مقبولة للمصالح الإنجليزية". ولذلك، وفي إطار التحضير للمؤتمر فإن النمسا والمجر في شهر يوليو السابق للمؤتمر قد وقعتا بروتوكولا مع بريطانيا، تدعو الدول الأخرى الممثلة في المؤتمر للالتزام. كما نص هذا البروتوكول على أن "السفن الإنجليزية المتجهة إلى أي ميناء بالمملكة المتحدة، سواء كان بها مصابون أم لا، يجب أن تكون حرة في أن تعبر قناة السويس دون التوقف في أي حجر صحي".

- Norman Howard Jones, The scientific background of the International Sanitary Conferences 1851:1938, op. cit., pg. 63 .

2) Norman Howard Jones, The scientific background of the International Sanitary Conferences 1851:1938, op. cit., pg. 62 .

- جاء بذات المرجع وفي صفحة ٦٣ أن الدول التي اشتركت في المؤتمر هي: النمسا والمجر، بلجيكا، الدنمارك، فرنسا، ألمانيا، بريطانيا العظمى، اليونان، إيطاليا، هولندا، البرتغال، روسيا، إسبانيا، السويد والنرويج، وتركيا (بما فيها مصر).

- من الجدير بالذكر أيضا ما جاء بذات المرجع وفي صفحة ٦٣ أنه في بداية المؤتمر اقترحت بعض الوفود أن المناقشات يجب أن تشمل على أوبئة الطاعون والحمى الصفراء والكوليرا، ولكنه رفض من الدول الأعضاء وانحسرت أعمال المؤتمر على وباء الكوليرا فقط.

3) Neville M. Goodman, Foreword by M.G. Candau, International Health Organizations and Their Work, op. cit, pg. 66: 67 .

في الحالة الأولى بعد أن يتم التصديق على "تظافة السفينة" من جانب
الفحص الطبي قبل دخولها القناة، ويسمح لها بعد ذلك بالمضي قدما دون
مزيد من الإجراءات. أما بالنسبة للسفن المشتبه فيها أو المصابة يتم عرض
ركابها بدرجات متفاوتة للحجر الصحي واتخاذ تدابير التعقيم بواسطة الطبيب
والمعقم الموجود على متن السفينة. كما نصت على إعادة تنظيم المجلس
الصحي المصري وكيفية المراقبة الصحية للحجاج من مكة المكرمة.^(١)
 واجتمع المؤتمر للتوقيع على الاتفاقية، فاتفقت الأطراف بأنه يجب أن
يتم التصديق عليها عقب القيام بالتوقيعات وقبل ٦ أشهر. وقامت خمسة وفود
النمسا والمجر، فرنسا، إيطاليا، هولندا، وروسيا بالتوقيع بون تحفظات، في
حين طلبت ٦ وفود استشارة دولهم قبل التوقيع. وقرر المؤتمر أن بروتوكول
الاتفاقية ينبغي أن يظل مفتوحا للتوقيع لمدة ٤ أشهر، وفي نهاية المطاف فقد
وقع وصدق عليه من جميع المشاركين.^(٢)
 وبصفة عامة فإن هذه الاتفاقية كانت تهدف إلى الليبرالية الحديثة،
وسعت لتحل التدابير الوقائية التي اتخذت خلال عملية إبحار السفن محل
الحجر الصحي.^(٣)

-
- 1) Norman Howard, Jones, The scientific background of the International Sanitary Conferences 1851:1938, op. cit., pg. 64 .
- من الجدير بالذكر أن الاتفاقية نصت على أن جميع السفن العائدة بالحجاج والمتجهة شمالا والمغادرة من ميناء مصاب بمرض الكوليرا من الحجاز، يجب أن تخضع للحجر الصحي لمدة لا تقل عن خمسة عشر يوما في محطة الحجر الصحي التي أنشئت في منطقة الطور بشبه جزيرة سيناء.
 - Neville M. Goodman, Foreword by M.G. Candau, International Health Organizations and Their Work, op. cit, pg. 66 .
 - 2) Norman Howard, Jones, The scientific background of the International Sanitary Conferences 1851:1938, op. cit., pg. 64: 65 .
 - 3) Cino Vitta, Le droit sanitaire International, op. cit., pg 567 .

المؤتمر الثامن: دريسدن ١٨٩٣م.

على أثر اجتياح وباء الكوليرا أوروبا الوسطى وفرنسا في عام ١٨٩٢م والذي كان قادما عن طريق بلاد فارس وأفغانستان وروسيا، ظهرت الحاجة مرة أخرى لانتقاد مؤتمر جديد، حيث تقرر أن يكون في مدينة دريسدن عام ١٨٩٣م.^(١) اشترك في المؤتمر تسعة عشر دولة، وكان الهدف من المؤتمر هو الحد من التدابير المتخذة في فترات الوباء إلى الحد الأدنى الضروري للحماية.^(٢)

أسفر هذا المؤتمر عن اتفاقية جديدة نصت على التزام الدول المتعاقدة بالإبلاغ عن ظهور الكوليرا. كما تضمنت التدابير التي يتعين اتخاذها ضد مصادر الوباء والمناطق الموبوءة. ومن الضروري الإشارة إلى أنه بعد اعتماد النظام الليبيرالي في فينسيا، وهو لا يسمح بإغلاق الحدود، حاولت جاهدة إزالة العوائق التجارية بتحديد التدابير الواجب اتخاذها على البضائع. وأخيرا، نصت على تدابير خاصة بمصادر الوباء عن الطريق النهري أو البحري، وكانت هذه التدابير تهدف خصوصا لمواجهة مصادر وباء الكوليرا في أوروبا عند مصب نهر الدانوب بالبحر الأسود (مصب سولينا). وبصفة عامة كانت هذه الاتفاقية هي المسئولة عن التدابير الواجب اتخاذها في أوروبا.

1) Norman Howard Jones, The scientific background of the International Sanitary Conferences 1851:1938, op. cit., pg 66 .

2) Neville M. Goodman, Foreword by M.G. Candau, International Health Organizations and Their Work, op. cit, pg. 67 .

- جاء بذات المرجع وفي ذات الصفحة أن الدول التي اشتركت في المؤتمر هي: النمسا والمجر، بلجيكا، الدنمارك، فرنسا، ألمانيا، بريطانيا العظمى، اليونان، إيطاليا، لوكسمبورج، والجبل الأسود، هولندا، البرتغال، رومانيا، روسيا، وإسبانيا، صربيا، السويد، النرويج، سويسرا، تركيا.

المؤتمر التاسع: مؤتمر باريس ١٨٩٤م

دعت فرنسا لهذا المؤتمر^(١)، وكان الهدف من المؤتمر اتخاذ الخطوات اللازمة للمراقبة الصحية للحج والعمرة بمكة المكرمة، ويرجع السبب في ذلك إلى وقف انتشار الكوليرا إلى الغرب.^(٢) ومن الغريب أن المؤتمر قرر بأن ذلك هو حق معترف به ليكون عاملاً رئيسياً في وقف انتشار الكوليرا إلى الغرب. ولذلك، ليس فقط على البحر الأحمر ولكن أيضاً

(1) من الجدير بالذكر أن المؤتمر انعقد في الفترة ما بين ٧ فبراير حتى ٣ أبريل عام ١٨٩٤م، وأنتخب Barrere الفرنسي رئيساً له. في خطاب الافتتاح أشار إلى أن مؤتمر فينسيا قد نجح في إبرام اتفاقية للخطوات اللازمة لإبقاء الكوليرا بمصر والبحر الأبيض المتوسط. وفي العام التالي بمدينة دريسدن، أبرمت اتفاقية لنظام الإخطار والحد الأقصى من الاحتياطات التي يتعين اتخاذها في حالة تفشي وباء الكوليرا في أوروبا. وكانت الدول المشتركة بالمؤتمر هي:

النمسا والمجر، بلجيكا، الدنمارك، فرنسا، ألمانيا، بريطانيا العظمى، اليونان، إيطاليا، هولندا، البرتغال، روسيا، إسبانيا، السويد والنرويج، الولايات المتحدة الأمريكية، فارس، تركيا.

- Neville M. Goodman, Foreword by M.G. Candau, International Health Organizations and Their Work, op. cit, pg. 67 .

(2) من الجدير بالذكر بأنه كان هناك ظروف مروعة في الحج آنذاك اتضحت من خلال الحقائق التي أبلغ عنها وفد المملكة النمساوية المجرية بوجود ٥٩ حاجاً لقوا حتفهم من أجمالي ١٢٠ حاجاً من حجاج البوسنة والهرسك عام ١٨٩٣م بسبب الكوليرا، والطريق من جدة إلى مكة المكرمة كان متناثر على جانبيه في بعض الأحيان جثث متحللة. ووفقاً لتقرير من القنصل الفرنسي في جدة، والذي قدم إلى المؤتمر من قبل الوفد الفرنسي، كان هناك ٣٥٠٠٠ جثة في الفضاء لمدة ٥ أيام.

- Norman Howard Jones, The scientific background of the International Sanitary Conferences 1851:1938, op. cit., pg. 70 .

- Michael Christopher Low-Empire Of The Hajj: Pilgrims, Plagues, And Pan-Islam Under British Surveillance, 1865-1926- A Thesis Submitted in Partial Fulfillment of the Requirements for the Degree of Master of Arts-College of Arts and Sciences -Georgia State University-pp. 115: 124.

فى الخليج الفارسى، حيث ظهرت الحاجة إلى أن يوضع تحت المراقبة الصحية لانتشار المرض ببلاد فارس. (١)

قدم الوفد الفرنسى (٢) موجزا لنتائج المؤتمرات السابقة الصحية الدولية منذ عام ١٨٥١م، ولم يصر على ضرورة المراقبة الصحية للبحر الأحمر والخليج الفارسى فقط، بل أيضا الاحتياطات الكافية التى يجب تطبيقها على سفن الحج فى موانئ المغادرة.

أسفر عن المؤتمر الاتفاقية الثالثة، المكملة لاتفاقية البندقية ودرسدن، وكانت تحتوي على أربعة مرفقات مع أحكام مفصلة. وقد وقعت ثلاثة عشرة دولة من الدول المشاركة على الاتفاقية، وكان الممتنعون هم السويد / النرويج، وتركيا، والولايات المتحدة الأمريكية.

بريطانيا وقعت مع بعض التحفظات: أولها كان التحفظ على الحكم الخاص بضرورة الطلب من الحجاج قبل مغادرتهم إلى مكة المكرمة إظهار مالىهم من الوسائل الكافية لرحلة العودة، والتحفظ الثانى يتعلق بالحكم الخاص بتحديد مساحة على الأقل لكل حاج على السفينة؛ كما أنها رفضت المرفق الثالث للاتفاقية، الذى يتضمن الأحكام التفصيلية للمراقبة الصحية لسفن الشحن فى الخليج الفارسى. احتفظ جميع المندوبين الآخرين الذين وقعوا على الاتفاقية بحقهم فى التمتع أيضا بالتحفظات التى طالبت بها بريطانيا، فأصبحت الاتفاقية بذلك غير ذات قيمة. (٣)

١) من الجدير أيضا بالذكر أن أوبئة الكوليرا انتشرت فى بلاد ما بين النهرين وسوريا فى أعوام ١٨٨٩م، ١٨٩٠م، ١٨٩١م، وظهر بوضوح خطر استيراد الوباء عن طريق النقل النهري.

- Norman Howard, Jones, The scientific background of the International Sanitary Conferences 1851:1938, op. cit., pg. 71 .

٢) أدريان بروس، أحد أعضاء الوفد الفرنسى والذى قدم هذا الموجز، ويعد من كبار المتخصصين الفرنسيين فى علم الصحة ومن رواد التعاون الدولى الصحى

- Norman Howard, Jones, The scientific background of the International Sanitary Conferences 1851:1938 op. cit., pg 73.

٣) Norman Howard, Jones, The scientific background of the International Sanitary Conferences 1851:1938, op. cit., pp. 73:74.

المؤتمر العاشر: فينيسيا ١٨٩٧م

كانت المؤتمرات الدولية الصحية السابقة معنية أساسا بالكوليرا. في المؤتمرين الأول والثاني عامي ١٨٥١م و ١٨٥٩م، تركزت المناقشات على الكوليرا على إمكانية السيطرة عليها حال انتشارها وكيفية اتخاذ تدابير الحجر الصحي البحري وما إذا كانت مناسبة للنظر فيها دوليا. في جميع المؤتمرات السبعة اللاحقة بعد ذلك كان موضوعها مرض الكوليرا.^(١)

افتتح المؤتمر العاشر في فينيسيا بتاريخ ١٦ فبراير ١٨٩٧م، حيث كان يشكل سابقة في كونه معنيا فقط بالطاعون. ومرة أخرى تعرضت بريطانيا العظمى للانتقادات ولكن هذه المرة بسبب خطورة واستمرار وباء الطاعون الذي اندلع في بومباي وكان ينتشر إلى الشمال الغربي. كان اقتراح عقد المؤتمر بناء على مبادرة من النمسا والمجر، بسبب الخوف من المسلمين حال عودتهم من الحج بمكة المكرمة والذي قد يجلب معهم الوباء الذي يتم استيراده من قبل الحجاج الهنود.^(٢)

1) Norman Howard, Jones, The scientific background of the International Sanitary Conferences 1851:1938, op. cit., pg. 78 .

2) من الجدير بالذكر أن بريطانيا حظرت على المسلمين الهنود في ذلك الوقت الذهاب إلى الأراضي المقدسة لأداء فريضة الحج كما حظرت فرنسا أيضا على مسلمي الجزائر الذهاب لأداء فريضة الحج .

- Norman Howard, Jones, The scientific background of the International Sanitary Conferences 1851:1938, op. cit., pp 78:79 .

- Michael Christopher Low, Empire Of The Hajj: Pilgrims, Plagues And Pan-Islam Under British Surveillance, 1865-1926, op. cit., pp. 105: 124.

- ومن الجدير بالذكر أيضا في هذا الخصوص أن روسيا منعت الحج المسيحي لفلسطين بسبب الوباء ذاته في هذه الآونة .

Neville M. Goodman, Foreword by M.G. Candau, International Health Organizations and Their Work, op. cit, pg. 69 .

شاركت تسعة عشر دولة في المؤتمر، وكان هناك مراقبون من بلغاريا ومصر، وكلاهما كانا يشكلان في ذلك الوقت جزءا من الإمبراطورية العثمانية. وكان هناك ثمة إجماع بشأن الجوانب العلمية لمرض الطاعون.^(١) أشار الخطاب الافتتاحي للمؤتمر إلى أن الاتفاقية الصحية المبرمة عام ١٨٩٤م كانت لا تزال "حبرا على ورق"، حيث كان هناك عدد كبير من الدول لم تصدق عليها بعد. وفضلا عن ذلك، فإن هذا المؤتمر ينظر فيما إذا كان يمكن بناء سد لمقاومة المد المتصاعد لمرض الطاعون الآسيوي مثل السد المقاوم لمرض الكوليرا السابق إقامته من خلال المؤتمرات السابقة. كما أعلنت فرنسا أن الخطوة الأولى المطلوبة هي تصديق الدول، وخصوصا الإمبراطورية العثمانية على اتفاقية عام ١٨٩٤م. وعلى الفور صدقت بريطانيا على الاتفاقية مع القليل من التحفظات مثل ضرورة أن يكون لكل حاج الوسيلة الكافية لرحلة العودة والمساحة التي تخصص لكل حاج على السفينة والقيود المفروضة على النقل للبحر في الخليج الفارسي. الدول الأخرى التي لم تصدق فهي البرتغال، رومانيا، السويد / النرويج، والدولة العثمانية، ولكن الأخيرتين في وقت لاحق أعلنتا التصديق.^(٢) أسفر المؤتمر عن اتفاقية للتعامل فقط مع مرض الطاعون، ووقع عليها من جميع الدول المشاركة باستثناء كل من: الدنمارك، والسويد / النرويج، والولايات المتحدة الأمريكية. وانتهى المؤتمر يوم ١٩ مارس، بعد أن أعلن

(1) الدول التي اشتركت في المؤتمر هي:

بلجيكا، الدنمارك، فرنسا، ألمانيا، بريطانيا العظمى، اليونان، لوكسمبورج، هولندا، البرتغال، روسيا، صربيا، الجبل الأسود، رومانيا، إسبانيا، السويد والنرويج، سويسرا، الولايات المتحدة الأمريكية، فارس، تركيا .

- Neville M. Goodman, Foreword by M.G. Candau, International Health Organizations and Their Work, op. cit, pg. 69 .

2) Norman Howard, Jones, The scientific background of the International Sanitary Conferences 1851:1938, op. cit., pg. 78 .

الجميع عن رغبتهم في تشكيل لجنة دولية لتدوين وتوطيد الاتفاقيات الصحية لأعوام ١٨٩٢م، ١٨٩٣م، ١٨٩٤م، وعام ١٨٩٧م.^(١)

المؤتمر الحادي عشر: باريس - ١٩٠٣م.

كان مؤتمر فينسيا السابق، قد اقترح إنشاء لجنة فنية دولية لتنسيق وتدوين جميع الاتفاقيات الأربع السابقة، ومؤتمر الشحن التجاري في فيينا عام ١٩٠٢م مارس ضغوطا على الحكومات للدعوة إلى مزيد من المؤتمرات الصحية. ولذا قدمت إيطاليا مبادرة باقتراح عقد المؤتمر الدولي الصحي الحادي عشر ووافق عليه ثلاث وعشرون دولة، حيث تقرر عقده بمدينة باريس في الفترة من ١٠ أكتوبر إلى ٣ ديسمبر عام ١٩٠٣م.^(٢)

انتخب بالإجماع رئيس الوفد الفرنسي لرئاسة المؤتمر، وقدم ثلاث نقاط رئيسية وهي: الحاجة إلى تدوين وتنقيح اتفاقيات أعوام ١٨٩٢م، ١٨٩٣م، ١٨٩٤م، ١٨٩٧م؛ والتعديلات الخاصة بأسس الاعتراف بالدور الأساسي للفئران في انتشار أوبئة الطاعون؛ وضرورة تأسيس مكتب دولي صحي دائم ومركز للمعلومات الوبائية، مع استعراض ترتيبات الحجر الصحي الدولي.^(٣)

كانت نتائج المؤتمر اتفاقية دولية صحية تتكون من ١٨٤ مادة والتي كانت تعد تقنيناً لاتفاقيات أعوام ١٨٩٢م، ١٨٩٣م، ١٨٩٤م، ١٨٩٧م

1) Norman Howard Jones, The scientific background of the International Sanitary Conferences 1851:1938, op. cit., pg. 80 .
(2) الدول التي شاركت في المؤتمر هي:

النمسا والمجر، الأرجنتين، بلجيكا، البرازيل، الدنمارك، فرنسا، ألمانيا، بريطانيا العظمى، اليونان، إيطاليا، لوكسمبورج، الجبل الأسود، هولندا، فارس، البرتغال، رومانيا، روسيا، صربيا، إسبانيا، السويد والنرويج، سويسرا، تركيا، الولايات المتحدة الأمريكية.

- Neville M. Goodman, Foreword by M.G. Candau, International Health Organizations and Their Work, op. cit, pg. 70 .

3) Norman Howard Jones, The scientific background of the International Sanitary Conferences 1851:1938, op. cit., pg. 82 .

والحجر الصحي الدولي لإعداده تمثيلاً مع متطلبات الاكتشافات العلمية الأخيرة. وكانت هذه أول اتفاقية دولية تتضمن تدابير للقضاء على الفئران على متن السفن كإجراء وقائي ضد الطاعون. كانت الاتفاقية معنية حصرياً بالكوليرا والطاعون، باستثناء واحد بسيط في المادة (١٨٢) التي أشارت إلى الحمى الصفراء. وهكذا يتضح أن المؤتمر الدولي الصحي الحادي عشر بعد ٥٣ عاماً كان الغرض الأساسي منه حماية أوروبا ضد وصول أمراض غريبة من الشرق، وقد أوضحت الغالبية الحاضرة الأغلبية الساحقة من المشاركين أنه لا بد من السيطرة على الحمى الصفراء باعتبارها شاعلاً محلياً في الأمريكتين. كما نصت المادة ١٨١ من الاتفاقية على أن يطلب من الحكومة الفرنسية إعداد مشروع مكتب دولي للصحة العامة.^(١)

مما سبق يتضح من تاريخ المؤتمرات الدولية الصحية السابقة أن رغبة بريطانيا العظمى أولاً ثم المجتمع الدولي كانت للحد من قيود الحجر الصحي على حركة التجارة مع إقامة حاجز ضد حركة انتقال الأوبئة من الشرق إلى الغرب، كما أظهرت ضرورة إيجاد هيئة دولية دائمة، تكون مهمتها إتمام عمل المؤتمرات الصحية، وتعمل من الأسهل مراقبة تطبيق الاتفاقيات، ومتابعة التقدم العلمي، وتكون قابلة لأن تصدر تشريعات دولية صحية.

1) Neville M. Goodman, Foreword by M.G. Candau, International Health Organizations and Their Work, op. cit, pg. 70 .

الفصل الثاني

المكتب الدولي للصحة العامة

فى النصف الثانى من القرن التاسع عشر أسست نوعية من التنظيمات الدولية فى مجالات غير سياسية على أثر التقدم الكبير فى الصناعة والنقل والاتصالات التى كانت الأدوات الأساسية لمجتمعات هذا القرن والأساس الضرورى للتجارة العالمية.^(١) الأمر الذى دفع الدول إلى عقد معاهدات تنشئ بمقتضاها منظمات دولية ينحصر اختصاصها فى تنسيق التعاون بينها فى مجالات محددة غير سياسية. وقد عرف هذا النوع من التنظيم فى هذه الفترة بالاتحادات الإدارية الدولية أو المكاتب الدولية.^(٢)

وعلى أثر ظاهرة تعدد المؤتمرات والاتفاقات الدولية الصحية وتعاقبها وتجاحها الواضح فى تحقيق أهدافها، اتجه التفكير - من أجل المزيد من النجاح - إلى إنشاء منظمة دولية عالمية تتعاون الدول من خلالها فى سبيل الكفاح ضد الأمراض والأوبئة ورفع المستوى الصحى للبشر عامة على اختلاف أجناسهم وجنسياتهم. فقد تم تأسيس منظمة عالمية متخصصة فى المجال الصحى سميت بالمكتب الدولي للصحة العامة L'Office International d'Hygiène Publique.^(٣)

-
- 1) A. Rapisardi, Mirabelli, Théorie général des Unions Internationales, R.C.A.D.I, 1925, Vol. 7, No. 2, pp 345 .
 - Paul F. Basch, Textbook of International Health, op. cit., pp.32:34.
 - C. F. Amerasinghe - Principles of the institutional law of international - Campridge University Press - Second Revised Edition - 2005 - New York - pg. 4 .
 - (٢) الأستاذ الدكتور/ محمد سامى عبد الحميد، قانون المنظمات الدولية الجزء الأول الأمم المتحدة، دار المطبوعات الجامعية، الطبعة الثامنة، ١٩٩٧م، ص ٢٢٥ .
 - الأستاذ الدكتور/صلاح الدين عامر، قانون التنظيم الدولى، دار النهضة العربية، مطبعة جامعة القاهرة، ٢٠٠١م: ٢٠٠٢م، ص ٢١: ٢٢ .
 - (3) الأستاذ الدكتور/ محمد سامى عبد الحميد، منظمة الصحة العالمية، دروس لطلبة دبلوم القانون العام، جامعة الإسكندرية، كلية الحقوق، ١٩٧٩م، ص ٥.
 - Neville M. Goodman, Foreword by M.G. Candau, International Health Organizations and Their Work, op. cit, pg. 84 .

نشأة المكتب الدولي للصحة العامة

كان من السمات البارزة للمؤتمر الدولي الصحي المنعقد في باريس ١٩٠٣م أنه عقد في وقت يمر فيه فيض من ضوء علمي جديد يتعلق بالأمراض الثلاثة الوبائية، الكوليرا والطاعون والحمى الصفراء. ولأول مرة كان بالمؤتمر هيئة علمية تعترف عالميا بالحقائق عن هذه الأمراض الثلاثة ومختلف وسائل نقلها. ففي حالة الكوليرا مثلا، توقف الجدل حول طريقة انتشارها قبل نهاية القرن التاسع عشر بشكل تام.^(١)

وأخيرا في المؤتمر الدولي الصحي عام ١٩٠٣م قدم رئيس المؤتمر مشروع الحكومة الفرنسية بشأن إنشاء مكتب دولي صحي. وأحيل المشروع إلى لجنة السبل والوسائل، التي اقترحت لجنة على جلسة المؤتمر المنعقدة في ١٦ نوفمبر ١٩٠٣م، اعتماد المشروع المقدم من الحكومة الفرنسية، ووفق عليه، وجاء بمادته الأولى: "المؤتمر، وقد أخذ علما بما توصلت إليه لجنة السبل والوسائل لإنشاء المكتب الدولي للصحة العامة في باريس، عندما ترى الحكومة الفرنسية ذلك مناسبا".^(٢)

قدم التنظيم المقترح أيضا من الحكومة الفرنسية إلى مؤتمر روما المنعقد في الفترة من ٣ إلى ٩ ديسمبر ١٩٠٧م لإنشاء وكالة دولية صحية هي المكتب الدولي للصحة العامة، والذي حضره ممثلون عن ١٣ دولة.^(٣)

-
- 1) The First Ten Years of The World Health Organization, World Health Organization, Palais des Nations, Geneva, 1958, pg 15.
 - 2) Vingt-cinq ans d'activité de L'office international d'hygiène publique 1909:1933, L'office international d'hygiène publique, Paris, 1933, pg. 4 .

(3) الدول التي صدقت آنذاك على الاتفاقية هي: بلجيكا، البرازيل، مصر، إسبانيا، الولايات المتحدة الأمريكية، فرنسا، بريطانيا العظمى، إيطاليا، هولندا، البرتغال، رومانيا، روسيا، سويسرا.

- Vingt-cinq ans d'activité de L'office international d'hygiène publique 1909:1933, L'office international d'hygiène publique, op. cit., pg. 4 .

- واعتمد المؤتمر نص الاتفاق الدولي في ٩ ديسمبر ١٩٠٧م لإنشاء المكتب الدولي للصحة العامة، ومقره مدينة باريس، والذي تضمن الآتي^(١):
- ١- تتعهد الأطراف المتعاقدة بإنشاء وتنظيم المكتب الدولي للصحة العامة ومقره مدينة باريس.
 - ٢- يعمل المكتب تحت سلطة وإشراف لجنة تتألف من مندوبي الحكومات المتعاقدة. ويحدد تكوين ومهام هذه اللجنة اللائحة الخاصة بها وترفق بهذا الاتفاق وتعتبر جزءاً لا يتجزأ منه.
 - ٣- تكاليف الإنشاء، والنفقات السنوية للتشغيل والصيانة، تغطيها مساهمات الدول المتعاقدة.
 - ٤- مساهمات الدول المتعاقدة تدفع في بداية كل عام، لوزارة الشؤون الخارجية الفرنسية.
 - ٥- الأطراف المتعاقدة تحتفظ بحقها في إجراء التعديلات على هذا النظام، عن طريق الاتفاق المتبادل.
 - ٦- الحكومات التي لم توقع على هذا الترتيب يسمح لها بالانضمام بناء على طلبها.
 - ٧- يتم التصديق على هذا النظام وتودع التصديقات في روما في أقرب فرصة ممكنة ويدخل حيز النفاذ من تاريخ إيداع التصديقات الذي يتم إحراره.
 - ٨- هذا النظام مدته سبع سنوات. في نهايته يظل واجب النفاذ لفترة أخرى مدتها سبع سنوات بين الدول التي لم تخطر قبل عام من نهاية كل فترة بعزمها على الانسحاب.
- تم التوقيع على هذه الاتفاقية في روما من مفوضي اثنتي عشر دولة، ومع ذلك عضوية البرتغال وهولندا لم تصبح نهائية إلا بعد التصديق على الاتفاقية، في عامي ١٩١١م و١٩١٢م على التوالي. ويعتبر المكتب الدولي

1) Vingt-cinq ans d'activité de L'office international d'hygiène publique, L'office international d'hygiène publique, pg. 133.

للصحة العامة من نوعية المكاتب أو الاتحادات المفتوحة العضوية^(١) فقد بلغ عدد الدول المشاركة في المكتب الدولي للصحة العامة حتى عام ١٩٣٣م ٥١ دولة.^(٢)

ويتبين مما سبق أن عدد أعضاء المكتب الدولي للصحة العامة يعكس إلى حد كبير التطور التاريخي باعتباره نتاج ما يزيد على نصف قرن من التعاون الدولي في مجال الصحة الدولية.^(٣)

1) A. Rapisardi, Mirabelli, Théorie général des Unions Internationale, op. cit., pg. 35.

(2) من الجدير بالذكر أن الدول التي انضمت لهذه الاتفاقية بعد ذلك وتواريخ عضويتها، هي كالتالي:

- ١٩٠٩م الهند البريطانية، وبيرو، وتونس.
- ١٩١٠م أستراليا، وبلغاريا، والمكسيك، وفارس، وصربيا، والسويد.
- ١٩١١م الجزائر، الأرجنتين، كندا.
- ١٩١٢م تركيا، بوليفيا، وشيلي، والنرويج.
- ١٩١٨م الدانمارك، إمارة موناكو، أوروغواي.
- ١٩١٨م اليونان.
- ١٩١٩م اتحاد جنوب إفريقيا.
- ١٩٢٠م غرب إفريقيا الفرنسي، مدغشقر، المغرب، بولندا.
- ١٩٢١م رومانيا.
- ١٩٢٢م تشيكوسلوفاكيا.
- ١٩٢٤م اليابان، نيوزلندا.
- ١٩٢٥م الهند الهولندية.
- ١٩٢٦م دوقية لكسمبورغ الكبرى، والسودان، واتحاد الجمهوريات السوفيتية.
- ١٩٢٧م المستعمرات البريطانية، والكونغو البلجيكي.
- ١٩٢٨م ألمانيا وأيرلندا.
- ١٩٢٩م أفريقيا الاستوائية الفرنسية.
- ١٩٣٢م مملكة الحجاز.

Vingt-cinq ans d'activité de L'office international d'hygiène publique 1909:1933, L'office international d'hygiène publique, op. cit., pg. 6.

3) The First Ten Years of The World Health Organization, World Health Organization, Geneva, 1958, pg 17.

الاختصاص التشريعي للمكتب الدولي للصحة العامة . . .

وفقاً للاتفاق المنشئ للمكتب، لم يكن للمكتب أى اختصاص بإصدار تشريعات دولية صحية بالمعنى الفنى الدقيق. وكان يعمل المكتب تحت سلطة وإشراف لجنة مؤلفة من مندوبى الدول الأعضاء. حددت مهام هذه اللجنة المادة الرابعة بلائحة مرفقة بالاتفاق المنشئ للمكتب، حيث نصت على اختصاص المكتب بمراقبة تنفيذ الاتفاقيات المبرمة بين الدول الأعضاء مع متابعة ظهور الأوبئة والأمراض وتبضع الاكتشافات العلمية بشأنها. كما يقدم المكتب لأعضائه موجزا دقيق عن اجتماعات اللجنة الدائمة.^(١) كما تختص اللجنة بإجراء الدراسات والاستقصاءات والمعلومات عن القضايا التي تثار عن الأمراض وعلى أي نوع من أنواع القضايا الخاصة بالصحة.^(٢)

ولقد ساهم المكتب - من خلال المشورة العلمية - بتقسيح اتفاقية باريس ١٩٠٣م فى اتفاقية عام ١٩١٢م التى عدلت باتفاقية ١٩٢٦م حيث اشتملت على أحكام تتعلق بالمزيد من تقليل قيود الحجر الصحى الذى أصبح آنذاك فكرة عتيقة، مع التركيز على محاربة أمراض محددة هى الطاعون والكوليرا والحمى الصفراء. كما أستطاع المكتب مراقبة وتنفيذ اتفاقية مكافحة حمى الضنك عام ١٩٣٠م، والاتفاقية الدولية للصحة للملاحة الجوية عام ١٩٣٣م.^(٣) وفى الحقيقة أن المكتب قد نجح نجاحا ملحوظا فى تقديم العديد من الخدمات الجليلة فى مجال اختصاصه سالف البيان.^(٤)

1) Neville M. Goodman, Foreword by M.G. Candau, International Health Organizations and Their Work, op. cit, pg. 88: 89 .

2) Vingt-cinq ans d'activité de L'office international d'hygiène publique 1909:1933, L'office international d'hygiène publique, op. cit., pg. 8 .

3) Vingt-cinq ans d'activité de L'office international d'hygiène publique, L'office international d'hygiène publique. pp 9: 72 .

٤) الأستاذ الدكتور/ محمد سامى عبد الحميد، منظمة الصحة العالمية، دروس لطلبة دبلوم القانون العام، جامعة الأسكندرية، كلية الحقوق، ١٩٧٩م، ص ١٢ .

وفى النهاية استمر المكتب الدولي للصحة العامة فى ممارسة مهام عمله
وحتى نشأة منظمة الصحة العالمية بالرغم من الجهود التى بذلت لدمجه فى
منظمة الصحة بعصبة الأمم.^(١)

1) Vingt-cinq ans d'activité de L'office international d'hygiène
publique, L'office international d'hygiène publique, pg. 7 .

- من الجدير بالذكر فى هذا الخصوص أنه بعد عدد من المؤتمرات والمناقشات التى
جرت فى لندن، وسان سيباستيان وأماكن أخرى فى عام ١٩١٩ وعام ١٩٢٠،
وضعت خطة لدمج المكتب فى إطار منظمة الصحة التابعة للعصبة تم اعتمادها فى
الجمعية العامة الأولى لعصبة الأمم فى ديسمبر ١٩٢٠م. ولم يتم الدمج، ويرجع
السبب الرئيسى للجانب الفرنسى الذى لا يريد أن يخسر أساساً مقر المكتب فى
باريس، ودعمها الولايات المتحدة التى لا تستطيع إرسال مندوب رسمى لمنظمة
الصحة بعصبة الأمم.

Neville M. Goodman, Foreword by M.G. Candau, International
Health Organizations and Their Work, op. cit, pg. 92 .

كما قدمت هذه اللجنة جهوداً كبيرة في اليونان خلال خريف عام ١٩٢٢م - عندما أندفع أكثر من ثلاثة أرباع مليون لاجئ من آسيا الصغرى إلى اليونان من قبل القوات التركية - حيث انتشرت أوبئة الجدري والكوليرا وحمى التيفوئيد فيما بينهم. ما لبثت هذه اللجنة أن تحولت في عام ١٩٢٣م إلى لجنة صحية ذات تشكيل مختلط ضمت إلى جانب اللجنة المؤقتة البعض من أعضاء المكتب الدولي للصحة العامة. وقد قامت هذه اللجنة المخططة بوضع المشروع الأساسي لمنظمة الصحة التابعة للعصبة لتقره جمعية العصبة في دور انعقادها الرابع في سبتمبر ١٩٢٣م.^(١)

الاختصاص التشريعي لمنظمة الصحة بعصبة الأمم.

إذا كانت العصبة قد فشلت في إقناع الدول الأعضاء في المكتب الدولي للصحة العامة بوضع هذا المكتب تحت إشرافها، إلا أنها نجحت في إنشاء جهاز صحي متخصص تابع لها عرف باسم منظمة الصحة بعصبة الأمم.^(٢) ولم يتضمن قرار إنشاء منظمة الصحة بعصبة الأمم أية اختصاصات بإصدار تشريعات دولية صحية، وإنما استهدف تحقيق الصحة العامة من خلال:

- أولاً: جمع المعلومات الوبائية من المركز الإعلامي في جنيف؛ ومكتب الشرق الأقصى في سنغافورة.
- ثانياً: العمل التعليمي في منظمة الصحة؛ من خلال المنشورات؛ الجولات الدراسية والتعليمية.
- ثالثاً: العمل التقني في مختلف فروع الطب الوقائي؛ إلماريا؛ مرض النوم؛ السل؛ السرطان؛ الجدري؛ إلجدام؛ داء الكلب؛ معدل وفيات الرضع، توحيد الأمصال.
- رابعاً: التعاون بينها والسلطات الصحية الوطنية.

1) League Of Nations, Health Organization, Information Section, Geneva, 1931, pp. 3: 4 .

2) الأستاذ الدكتور/ محمد سامي عبد الحميد، منظمة الصحة العالمية، مرجع سابق،

وذلك من خلال أجهزتها الأساسية الثلاثة ^(١) وهي:

١- المجلس العام الإستشاري للصحة

La Conseil Général Consultatif
The General Advisory Health Council

وكان يتكون من نفس أعضاء اللجنة الدائمة التابعة للمكتب الدولي للصحة العامة، ويختص بدراسة كافة المسائل التي تعرضها عليه لجنة الصحة.

٢ - لجنة الصحة Le Comité d'Hygiène=The Health Committee

وكانت تتكون من عشرين عضوا من خبراء الصحة، وتجتمع مرتين في السنة، أعضاء لجنة الصحة هم الأخصائيين الطبيين أو المسئولون عن الخدمات الصحية العامة. ويتم اختيارهم وفقا لمؤهلاتهم التقنية، وينتمون الى بلدان مختلفة في أوروبا وأمريكا اللاتينية والشرق الأقصى، ولا يمثلون حكوماتهم. المناقشات العلمية لا يعوقها أي اعتبارات سياسية وتختص بالأشراف على كافة أوجه النشاط الصحي للعصبة.

٣ - الأمانة وتقوم بوظائف الإدارة الصحية وتتبع الأمانة العامة لعصبة الأمم.

وعلى الرغم من التنوع الكبير للطرق التي تستخدمها منظمة الصحة، فهناك بعض المبادئ التوجيهية التي تحكم أنشطتها:

- ١ - المنظمة تقتصر على أعمال ذات طابع عملي.
- ٢- وهي لا تتعامل مع المشاكل الصحية العملية ما لم تكن ذات طابع دولي، سواء بسبب طبيعة ونطاق التحقيقات المطلوبة، أو من التدابير اللازمة لمكافحة الأوبئة. أما المشاكل الصحية الداخلية فلا تتعامل معها إلا بناء على طلب الدولة.

(١) الأستاذ الدكتور/محمد سامي عبد الحميد، منظمة الصحة العالمية، مرجع سابق، ص

ونشير أخيرا إلى أن منظمة الصحة بعصبة الأمم لم تساهم فسي
إثراء قواعد القانون الدولي الصحي، إلا أنها قد حققت الكثير من الإنجازات
الصحية الفنية خاصة فيما يتعلق بالكفاح ضد الأوبئة، وتشجيع البحوث
العلمية الطبية، وتوحيد المصطلحات الصحية، وتقديم المعونة الصحية إلى
مختلف الدول مثل اليونان وبوليفيا والصين، بخلاف إنشاء مركزين
للمعلومات الوبائية في جنيف وسنغافورة ونشر تقارير عن الأوبئة شهرية
وسنوية.⁽¹⁾

1) League Of Nations – Health Organization – op. cit. – pg. 6 .

الفصل الرابع . نشأة منظمة الصحة العالمية

عقب انتهاء الحرب العالمية الثانية وما خلفته من دمار وخراب، بدأ عصر جديد للتنظيم الدولي مع بزوغ شمس الأمم المتحدة لنبذ الحروب وتحقيق الأمن والسلم الدوليين. وحال انعقاد مؤتمر سان فرانسيسكو عام ١٩٤٥م المعنى بإعداد ميثاق الأمم المتحدة، اقترح بعض مندوبوا الدول الحاضرين ضرورة إنشاء منظمة دولية متخصصة في مجال الصحة لتحقيق سلامة ورفاهية الشعوب. وافق المؤتمر على الاقتراح وعهد بهذه المهمة للمجلس الاقتصادي والاجتماعي:

ولما كانت المعاهدة المنشئة للمنظمة الدولية تعد وثيقة ميلاد للمنظمة ونستعرض في هذا المبحث المعاهدة المنشئة لمنظمة الصحة العالمية من خلال مطلبين هما:

المبحث الأول: الطبيعة القانونية للمعاهدة المنشئة للمنظمة الدولية.

المبحث الثاني: الطبيعة القانونية للمعاهدة المنشئة لمنظمة الصحة العالمية.

المبحث الأول . الطبيعة القانونية للمعاهدة المنشئة للمنظمة الدولية

انقسم فقهاء القانون الدولي حول تحديد الطبيعة القانونية للمعاهدة المنشئة للمنظمة الدولية، فبينما ذهب فريق منهم إلى كونها معاهدة دولية ذات طبيعة دستورية محضة، ذهب فريق آخر إلى أنها لاتعدو كونها معاهدة دولية، وفي النهاية ذهب فريق ثالث إلى أنها ذات طبيعة مزدوجة كالتالي:

أولاً: المعاهدة المنشئة للمنظمة الدولية ذات طبيعة دستورية^(١)

يتجه فقهاء هذا الفريق إلى أن المعاهدة المنشئة للمنظمة الدولية وإن كانت تتشابه مع المعاهدة الدولية في إطارها الخارجي إلا أنها ذات طبيعة

1) Chaier, le droit interne de organisations internationals, R.G.D.I.P., 1963, pp: 563:602.

دستورية من حيث الجوهر، فتصبح ذات طبيعة دستورية محضة لكونها الصفة الغالبة لهذا النوع من المعاهدات.

ويستندون في ذلك إلى عدة حجج منها:

- أن قواعد تعديل نصوص المعاهدات تختلف عن المعاهدات المنشئة للمنظمات الدولية، فبينما تطلب الأولى قبول جميع الأطراف تكتفى الثانية بقبول ثلثي الأطراف.

- مبدأ نسبية آثار المعاهدات يسرى على جميع المعاهدات باستثناء المعاهدات المنشئة للمعاهدات للمنظمات الدولية التي قد تنشئ التزامات على الدول غير الأعضاء بها، مثلما ورد بالفقرة السادسة من المادة الثانية بميثاق الأمم المتحدة بضرورة إلزام الدول غير الأعضاء بمبادئ الميثاق.

وينتقد جانب من الفقه^(١) ما ذهب إليه هذا الفريق من حجج بقوله " لا نستطيع أن نتجاهل ما للناحية الشكلية من أهمية، لأنها هي التي تكفل للمعاهدة المنشئة مكانة خاصة بين المعاهدات لا سيما فيما يتعلق بالتطبيق والتفسير والتحفظات"

ثانياً: المعاهدة المنشئة للمنظمة الدولية بمعاهدة دولية^(٢)

يتجه فقهاء هذا الفريق إلى أن المعاهدة المنشئة للمنظمة الدولية مثل أى معاهدة دولية. فالمعاهدة المنشئة للمنظمة الدولية تتماثل مع المعاهدة الدولية شكلاً وموضوعاً، كما تظل محتفظة بخصائصها كمعاهدة دولية خاضعة لأحكام القانون الدولي.

ويرى جانب من الفقه^(٣) أن هذا الفريق أغفل حقيقة دور المعاهدة المنشئة للمنظمة الدولية في تنظيم العلاقة بين المنظمة والدول أعضائها، بخلاف دورها في خلق الأجهزة الداخلية الرئيسية وتوزيع الاختصاصات عليها.

(1) الأستاذ الدكتور / محمد طلعت الغنيمي، الأحكام العامة في قانون الأمم المتحدة التنظيم الدولي، منشأة المعارف، الإسكندرية، ١٩٧١م، ص ٤٠٢.

(2) Goodrich, The United Nations, Thomas, New York, 1958, pg.168.

(3) الأستاذ الدكتور / محمد طلعت الغنيمي، الأحكام العامة في قانون الأمم المتحدة التنظيم الدولي، مرجع سابق، ص ٤٠١.

ثالثاً: المعاهدة المنشئة للمنظمة الدولية ذات طبيعة مزدوجة .

- يذهب أنصار هذا الفريق إلى أن المعاهدة المنشئة للمنظمة الدولية ذات طبيعة مزدوجة، ولكنهم اختلفوا حول أساس ما ذهبوا إليه كالتالى:
- أتجه معظم أنصار هذا الفريق إلى أن المعاهدة المنشئة للمنظمة الدولية معاهدة من حيث الشكل ودستور من حيث الموضوع، حيث إن هذه المعاهدة تبرم وتحتوى على نصوص شكلية وفقاً للقانون الدولى العام، فيصبح من غير الممكن أن نتجاهل هذه الحقيقة^(١) ويؤكد جانب من الفقه^(٢) على أهمية هذا الجانب الشكلى لكونه لا يلغى وجود الدولة كطرف فى المعاهدة المنشئة للمنظمة الدولية.
 - كما أتجه جانب من الفقه^(٣) فقرر بأن المعاهدة المنشئة للمنظمة الدولية تتحول طبيعتها التعاقدية إلى طبيعة دستورية فور قيام المنظمة ومباشرتها لوظائفها.

ونحن إذ تفق مع ما قرره جانب من الفقه^(٤) بترجيح الرأى الأخير، وعليه فتصبح المعاهدة المنشئة للمنظمة الدولية ذات طبيعة مزدوجة، فهى معاهدة من حيث الشكل وفقاً لقواعد القانون الدولى ودستور من حيث

(1) الأستاذ الدكتور / مفيد شهاب، المنظمات الدولية، دار النهضة العربية، القاهرة، ١٩٧٤م، ص ٧٧.

- الأستاذ الدكتور / صلاح الدين عامر، قانون التنظيم الدولى، دار النهضة العربية، القاهرة، ١٠٠١م - ٢٠٠٢م، ص ٢١٧ .

(2) الأستاذ الدكتور / محمد طلعت الغنيمى، الأحكام العامة فى قانون الأمم التنظيم الدولى، مرجع سابق، ص ٤٠٢.

3) Ricardo Monaco, Les principes regissant la structure et la fonctionnement des organisations internationales, R. C. A. D. I., 1977, Tome 156, Vol. 111, pg. 146.

(4) الأستاذ الدكتور / صلاح الدين عامر، قانون التنظيم الدولى، مرجع سابق، ص ٢١٧.

- الأستاذ الدكتور / مصطفى أحمد فؤاد، القانون الدولى العام الجزء الأول قانون المنظمات الدولية، منشأة المعارف، الإسكندرية، بدون تاريخ، ص ١٠٤.

- الدكتور / أشرف عرفات أبوحجازه، الوسيط فى قانون التنظيم الدولى، دار النهضة العربية، القاهرة، ٢٠٠٦م - ٢٠٠٧م، ص ١٨٣.

الموضوع. كما يستند الباحث في هذا الخصوص إلى ما جاء بفتوى محكمة العدل الدولية- الصادرة في ٨ يولية ١٩٩٦م- بشأن طلب منظمة الصحة العالمية حول مشروعية استخدام دولة ما للأسلحة النووية في نزاع مسلح، حيث قررت المحكمة:-

" أنه من أجل تحديد اختصاص منظمة دولية ما، يجب الرجوع للقواعد ذات الصلة للمنظمة وإلى دستورها في المقام الأول. وتعتبر المعاهدات المتعددة الأطراف الصكوك التأسيسية للمنظمات الدولية وتطبق عليها القواعد الراسخة لتفسير المعاهدات. ولكنها تعتبر أيضا معاهدات من نوع خاص، إذ يتمثل هدفها في إثارة مواضيع قانونية جديدة وتتمتع باستقلال معين وتعهد إليها الأطراف بمهمة بلوغ أهداف مشتركة. ويمكن أن تثير هذه المعاهدات، عند تفسيرها، مشاكل معينة لأسباب عديدة منها طابعها الذي يعتبر طابعاً اتفاقياً وفي الوقت نفسه طابعاً مؤسسياً. "(١)

المبحث الثاني

الطبيعة القانونية للمعاهدة المنشئة لمنظمة الصحة العالمية

يترتب على أن المعاهدة المنشئة للمنظمة الدولية ذات طبيعة قانونية مزدوجة، فهي معاهدة دولية من حيث الشكل وفقاً لقواعد القانون الدولي ودستور من حيث الموضوع، أن تصبح المعاهدة المنشئة لمنظمة الصحة العالمية ذات طبيعة مزدوجة أيضاً. ونوضح ذلك من خلال فرعين هما:

المطلب الأول: المعاهدة المنشئة لمنظمة الصحة العالمية كمعاهدة دولية.

المطلب الثاني: المعاهدة المنشئة لمنظمة الصحة العالمية كدستور للمنظمة.

(1) موجز الأحكام والفتاوى والأوامر الصادرة من محكمة العدل الدولية (١٩٩٢م):
١٩٩٦م)، الأمم المتحدة، نيويورك، ١٩٩٨م، ص ١٠٩.

المطلب الأول **المعاهدة المنشئة لمنظمة الصحة العالمية كمعاهدة دولية**

خضعت المعاهدة المنشئة لمنظمة الصحة العالمية لقواعد القانون الدولي العام من حيث الأبرام والنفاز وكيفية التعديل والتفسير كالاتي:
أولاً: الإبرام.

يتم الإعداد للمعاهدة المنشئة للمنظمة الدولية بالدعوة إلى مؤتمر دولي تناقش فيه نصوص هذه المعاهدة وكيفية وميعاد إقرارها بالتصديق أو القبول. هذه الدعوة قد تطرح من عدة دول مثل مؤتمرات دومبارتون أوكس ١٩٤٤م وبيالتا ١٩٤٤م وسان فرانسيسكو ١٩٤٥م لإعداد ميثاق الأمم المتحدة، ومؤتمر الإسكندرية الخاص بإعداد ميثاق جامعة الدول العربية. وقد تقدم منظمة الدولية بالدعوة إلى مؤتمر دولي لإعداد المعاهدة المنشئة للمنظمة الدولية مثل ما جاءت به المادة ٥٩ بميثاق الأمم المتحدة باختصاصها بإجراء مفاوضات بين الدول بغرض إنشاء أية وكالة متخصصة في المجالات المذكورة بالمادة ٥٥ ومنها المجال الصحي. وعادة يسبق المؤتمر الدولي اجتماعات تمهيدية بين عدد محدود من دول لإعداد مشروع المعاهدة لمناقشتها وإقرارها بالمؤتمر الدولي بعد ذلك.^(١)

وقد خضعت المعاهدة المنشئة لمنظمة الصحة العالمية لهذه الإجراءات مثل أي معاهدة دولية منشئة لمنظمة دولية جديدة كالتالي:
المرحلة الأولى: المفاوضة

في مؤتمر سان فرانسيسكو ١٩٤٥م، وافقت وفود الدول بالإجماع على الإعلان المشترك المقدم من وفدي البرازيل والصين الذي دعى إلى الحاجة لإنشاء منظمة صحة، وتضمن التوصية بأن تكون لها علاقة مع المجلس الاقتصادي والاجتماعي.^(٢)

(1) الأستاذ الدكتور / مفيد شهاب، المنظمات الدولية، مرجع سابق، ص ٧٦ .
(2) The First Ten Years of The World Health Organization, World Health Organization, 1958, Geneva, pg. 38.

اعتمد المجلس الاقتصادي والاجتماعي في ١٥ فبراير ١٩٤٦م القرار الذي نص فيه " بالدعوة لمؤتمر دولي للنظر في مشروع إنشاء منظمة دولية صحية للأمم المتحدة ".^(١) كما نص القرار على تشكيل لجنة تحضيرية تقنية مكونة من ستة عشر خبيراً من ست عشرة دولة وممثلة المنظمات الدولية الصحية القائمة آنذاك بدرجة مراقب ليجتمعوا في باريس لإعداد مشروع معاهدة دولية لإنشاء منظمة دولية صحية.^(٢)

= - من الجدير بالذكر ما جاء في هذا الخصوص بأنه في إعلان موسكو عام ١٩٤٣م، وفي مؤتمر دمبارتون أوكس عام ١٩٤٤م المتعلقان بإنشاء الأمم المتحدة لم تذكر الصحة، حتى جاء كل من الدكتور غ. دي بلولا سوزا والدكتور م. سزي من الوفود الصينية والبرازيلية في مؤتمر سان فرانسيسكو عام ١٩٤٥م، ونجحا في حث الجميع بالموافقة على النص عليها بالمادة ٥٥ من ميثاق الأمم المتحدة وفي المادة ٥٧ على إنشاء وكالة متخصصة صحية ذات صلاحيات واسعة بموجب اتفاق حكومي.

- ومن الجدير بالذكر ما جاء بذات المرجع أيضا أن أجهزة الأمم المتحدة تشكلت بعد عيد رأس السنة عام ١٩٤٦م، الجمعية العامة كانت قد تشكلت في ١٠ يناير ١٩٤٦م، وبعد أسبوع انتخب المجلس الاقتصادي والاجتماعي حيث عهدت إليه تنفيذ مهمة الإعلان المشترك .

- Official Records of the World Health Organization No.1, World Health Organization, Palais des Nations, October 1947, Geneva, pg. 39 .

(1) النص الكامل لقرار المجلس الاقتصادي والاجتماعي في هذا الخصوص وارد بالمرجع التالي:

- Official Records of the World Health Organization No.1. World Health Organization, Geneva, pp. 39: 40 .

- الأستاذ الدكتور/ صلاح الدين عامر، قانون التنظيم الدولي، مرجع سابق، ص ٢٠٧.

(2) من الجدير بالذكر أن الدول التي تعين منها الخبراء هي:-
الأرجنتين - مصر - بلجيكا - البرازيل - كندا - تشيكوسلوفاكيا - اليونان - الهند - المكسيك - النرويج - يوغسلافيا - بولنده - الصين - فرنسا - الولايات المتحدة الأمريكية - المملكة المتحدة.

- ومن الجدير بالذكر أيضا إن إتحاد الجمهوريات الاشتراكية السوفياتية طلب المزيد من التأخير ولكن هذا الطلب لم يقبل ولم يرشح أي مندوب من الاتحاد السوفياتي للعمل باللجنة التحضيرية التقنية بينما كان الدكتور/ علي توفيق شوشا باشا وكيل وزارة الصحة المصرية عضوا باللجنة والذي كانت له جهود بارزة في تأسيس-

وبالفعل اجتمعت اللجنة التحضيرية واتخذت من النقاط الآتية أساس عملها وهي: (١)

١- يجب أن يكون هناك تغيير جذري في مفهوم التنظيم الجديد: أي أنه ينبغي أن يكون هناك وكالة متخصصة واحدة تتمتع بدرجة عالية من الاستقلال.

٢- العلوم الطبية تمر بفترة تغيير أساسية: حيث ظهور احتياجات صحية جديدة، والأمر متروك للمنظمة لتلبية هذه الاحتياجات أو حتى التنبؤ بها.

٣- من المستحسن أن تضم المنظمة أكبر عدد ممكن من الدول في عضويتها، وأن تهدف إلى أن تصبح عالمية.

٤- كما ينبغي أيضا إنشاء وإقامة اتصال وثيق مع المنظمات العاملة في الميادين المتصلة بالصحة، ولا سيما منظمة الأمم المتحدة للأغذية والزراعة، ومنظمة العمل الدولية واليونسكو.

في ١٠ يونيو ١٩٤٦م اعتمد المجلس الاقتصادي والاجتماعي تقرير اللجنة التحضيرية، وأوصى المجلس بدعوة الدول الأعضاء في الأمم

- المنظمة وأنشئت جائزة بأسمه تخليدا لذكراه تمنح سنويا للشخص الذي يقدم إسهاما عظيما في حل أي مشكلة صحية بأقليم شرق المتوسط .

- Neville M. Goodman Foreword by Dr. M. G. Candau, International Health Organizations And Their Work, op. cit., pg. 152 .

- دليل قرارات جمعية الصحة العالمية المجلد الأول، منظمة الصحة العالمية، جنيف، ١٩٧٣م، ص ١٤٠٩ .

- ومن الجدير بالذكر أيضا في هذا الخصوص أن اللجنة التحضيرية التقنية عقدت ٢٢ اجتماعا في الفترة ما بين ١٨ مارس و ٥ أبريل ١٩٤٦م في قصر d'Orsay، بباريس . وانتخب Dr. René Sand (بلجيكا) رئيسا و Dr. Brock Chisholm (كندا) مقررا.

- Chronicle of The World Health Organization, vol. 1, United Nations, Palais des Nations, Geneva, 1947, pp 3: 6 .

1) Chronicle of The World Health Organization, vol.1, United Nations, op. cit., pp 3: 6.

المتحدة، وثلاث عشرة من الدول غير الأعضاء في الأمم المتحدة بدرجة مراقب ويرجع ذلك لكون المنظمة المزمع إنشاؤها إحدى الوكالات المتخصصة للأمم المتحدة، وكذلك دعوة اللجان المسيطرة على الأراضي المحتلة إلى المؤتمر بصفة مراقب أيضا، بالإضافة إلى مراقبين من منظمات الصحة القائمة، وذلك حرصا على الطابع العالمي للمشاكل الصحية. كما أوصى المجلس أيضا بضم المنظمات الدولية الصحية القائمة مع وجوب أن يأتي مندوبوها إلى مؤتمر الصحة ولهم كامل الصلاحيات: (١)

المرحلة الثانية: تحرير المعاهدة.

افتتح المؤتمر الدولي للصحة في مدينة نيويورك يوم ١٩ يونيو، واختتم في ٢٢ يوليو ١٩٤٦م. (٢) وقدم الرئيس الأمريكي هاري ترومان

1) Neville M. Goodman, op. cit., pg 152: 155 .

(2) من الجدير بالذكر أن الجلسة الافتتاحية افتتحت بواسطة السير / Ramaswami Mudaliar ، رئيس المجلس الاقتصادي والاجتماعي، واستمع المؤتمر إلى رسالة ترحيب من رئيس الولايات المتحدة الأمريكية، السيد / Harry S. Truman، كما توجه بالكلمة كل من السيد / Trygve Lie الأمين العام للأمم المتحدة والسير / Ramaswami Mudaliar والسيد / Henri Laugier الأمين العام المساعد المسؤول عن الشؤون الاجتماعية . وقدم الدكتور / Brock Chisholm تقرير اللجنة التحضيرية التقنية والذي كان يعمل مقررا لها، وكان أيضا مندوبا عن كندا، وذلك بسبب الوعكة التي أصابت رئيس اللجنة التحضيرية الدكتور / René Sand. بعد ذلك بدأ المؤتمر العمل وانتخب رئيس وفد الولايات المتحدة الأمريكية الجراح العام Thomas Parran رئيسا للمؤتمر . كما انتخب المؤتمر خمسة نواب للرئيس هم:

- الدكتور / Geraldo H. de Paula Souza (البرازيل)،
- الدكتور / James Kofoi Shen (الصين)،
- الدكتور / André Cavaillon (فرنسا)،
- الدكتور / Fedor Gregorievitch Krotkov (اتحاد الجمهوريات الاشتراكية السوفياتية)،
- السير / Wilson Jameson (المملكة المتحدة لبريطانيا العظمى وأيرلندا الشمالية).

رسالة ترحيب في الجلسة الافتتاحية، مؤكدا على أهمية هذا الحدث التاريخي ومشيرا بإلحاح إلى المهام التي تنتظر المؤتمر حيث أعلن: " أن النقل الحديث جعل من المستحيل على أي دولة أن تحمي نفسها ضد المرض عن طريق إدخال نظم الخجر الصحي. وهذا يجعل من الضروري أن يكون وضع الخدمات الصحية قوي في كل دولة، وهو يجب أن ينسق من خلال العمل

- وشكلت اللجنة العامة للمؤتمر من رئيس المؤتمر، ونوابه الخمسة، مع ثلاثة مندوبين آخرين معينين من قبل المؤتمر، مع رؤساء اللجان الخمس التي أنشأها المؤتمر. وكانت وظيفة اللجنة العامة هو توجيه المناقشات وتنسيق العمل عموما.

- The First Ten Years of The World Health Organization, op.cit., pp. 44: 45.

- ومن الجدير بالذكر أيضا أن حكومات الدول التالية كانت ممثلة في المؤتمر بدرجة مندوبين وهم: الأرجنتين وأستراليا وبلجيكا والبرازيل وبيلاروسيا الاشتراكية وكندا وشيلي والصين وكولومبيا وكوستاريكا وكوبا وتشيكوسلوفاكيا والدانمرك والجمهورية الدومينيكية والأكوادور ومصر والسلفادور وأثيوبيا وفرنسا واليونان وغواتيمالا وهايتي وهندوراس والهند وإيران والعراق ولبنان وليبيريا ولوكسمبورغ والمكسيك وهولندا ونيوزيلندا والنرويج ونيكاراغوا وبنما وباراغواي وبيرو وبولندا وجمهورية الفلبين والسعودية وسوريا وتركيا وجمهورية أوكرانيا الاشتراكية السوفياتية واتحاد جنوب أفريقيا واتحاد الجمهوريات الاشتراكية السوفياتية والمملكة المتحدة والولايات المتحدة الأمريكية وأوروغواي وفنزويلا ويوغوسلافيا. وتم دعوة حكومات الدول التالية بدرجة مراقبين وهم: ألبانيا وبلغاريا والنمسا وفنلندا والمجر وإيسلندا وإيطاليا والبرتغال وسيام والسويد وسويسرا وشرق الأردن وأيرلندا .

كما أرسلت المنظمات الدولية التالية ممثلين بدرجة مراقبين وهم: منظمة الأغذية والزراعة (FAO) ومنظمة العمل الدولية (ILO) ورابطة جمعيات الصليب الأحمر والمكتب الدولي للصحة العامة والمكتب الصحي للبلدان الأمريكية ومنظمة الطيران المدني الدولية (ICAO) ومؤسسة روكفلر ومنظمة الأمم المتحدة للتربية والعلم والثقافة (اليونسكو) ووكالة الأمم المتحدة للإغاثة وإدارة التأهيل (UNRRA) والاتحاد العالمي للنقابات.

- Chronicle of The World Health Organization, Vol.1,1947, op. cit., p. 6.

الدولي". (١)

قام المؤتمر بدراسة تفصيلية لمشروع المعاهدة المقترح والمقدم من اللجنة التحضيرية التقنية، وشكل المؤتمر خمس لجان عمل بخلاف اللجنة العامة. (٢) ما يقرب من أربعة أسابيع (من ٢٣ يونيو إلى ٢٢ يوليو) وقد عقدت الخمس لجان أربعين اجتماعاً؛ وكان هناك بالإضافة إلى ذلك، العديد من اجتماعات اللجان الفرعية للصياغة. (٣)

وفي ٢٢ يوليو ١٩٤٦م اختتم المؤتمر أعماله بأربعة وثائق نهائية ورسمية باللغتين الإنجليزية والفرنسية وافق عليها المؤتمر، وهي: (٤)

١. المعاهدة المنشئة لمنظمة الصحة العالمية..
٢. بروتوكول بشأن إنهاء وجود المكتب الدولي للصحة العامة.

1) United Nations, Chronicle Of The World Health Organization Vol. 1, 1947, Palais de Nation, Geneva, pg 8 .

2) من الجدير بالذكر أن المؤتمر أسند مهام مختلفة لخمس لجان كالتالي:
اللجنة الأولى اختصت بنطاق ووظائف منظمة الصحة العالمية، واللجنة الثانية اختصت بالشؤون الإدارية والمالية، واللجنة الثالثة اختصت بالمسائل القانونية، واللجنة الرابعة اختصت بالعلاقات مع الأمم المتحدة والمنظمات الأخرى، واللجنة الخامسة اختصت بالترتيبات الإقليمية.

- Official Records of The World Health Organization No. 2, Proceedings and Final Acts of The International Health Conference, World Health Organization, interim Commission, pg 3 .

3) Official Records of The World Health Organization No. 2, op. cit., pg 6 .

4) The First Ten Years of The World Health Organization, World Health Organization, op. cit., pg 45 .

- من الجدير بالذكر أن وفد مصر في هذا المؤتمر كان مشكل من المندوبان الدكتور/ على توفيق شوشا باشا وكيل وزارة الصحة، والدكتور/ محمد سليمان أباطة بك مدير عام بوزارة الصحة، والمستشار القانوني/ طه السيد ناصر بك المستشار الملكي لوزارتي الداخلية والصحة العامة. وقد قلما بالتوقيع على الوثيقتان الأولى والثانية مع خضوعهما للتصديق، كما قاما بالتوقيع على الوثيقتان الثالثة والرابعة.

- Official Records of The World Health Organization No. 2, op. cit., pg. 8, 115 .

٣. الوثيقة الختامية للمؤتمر الدولي للصحة.

٤. ترتيب لإنشاء لجنة مؤقتة تختص بتسيير الأعمال لحين الإقرار النهائي للدستور وعقد أول جمعية صحة.

ثانياً: النفاذ

يتكون الفصل الأخير من المعاهدة من سلسلة من المواد التي تحدد الشروط التي بموجبها تصبح نافذاً. اقترح المؤتمر أن القبول من قبل ستة عشر دولة لن يكون كافياً. وكذلك كان رأى أعضاء المجلس الاقتصادي والاجتماعي، مما يدل على الرغبة في عدد أكبر، وأوصت اللجنة القانونية بأن تكون إحدى وعشرين دولة من الدول أعضاء الأمم المتحدة. اعتمد المؤتمر الدولي للصحة تعديلاً توفيقياً، المادة ٨٠ من المعاهدة، يفيد بأن المعاهدة يجب أن تدخل حيز النفاذ عندما تقبل من ستة وعشرين دولة عضو بالأمم المتحدة ويصبحون أطرافاً فيها. كما نصت المادة ٧٩ على أنه يجوز للدول أن تصبح طرفاً بطريقة من ثلاث طرق هي: (١) من قبل التوقيع دون تحفظ يتعلق بالموافقة؛ (٢) التوقيع رهناً بموافقة تليها القبول، أو (٣) للقبول. ويبقى الدستور مفتوحاً أمام انضمام جميع الدول بالتوقيع المشروط بالموافقة أو القبول (المادة ٧٩).^(١) كما لم تنظم المعاهدة حق التحفظ عند القبول فتسرى الفقرة ٣ بالمادة ٢٠ من قانون فيينا للمعاهدات التي تنص على

1) Official Records of The World Health Organization No. 2, op. cit., pg. 27.

- من الجدير بالذكر في هذا الخصوص ما جاء بذات المرجع والصفحة بشأن الولايات المتحدة اقترحت إحدى وعشرين دولة ؛ يوغوسلافيا اقترحت ستاً وعشرين دولة من أعضاء الأمم المتحدة، والمملكة المتحدة اقترحت إحدى وعشرين دولة في هذه الفئة ذاتها. وبيلاروسيا دعت إلى القبول من قبل ثلثي الدول الأعضاء في الأمم المتحدة .
- ومن الجدير بالذكر أيضاً ماورد بذات المرجع والصفحة بشأن استخدام مصطلح "القبول" بدلا من "التصديق"، أشارت اللجنة القانونية إلى أن كلمة القبول لها دلالة أوسع من التصديق، وسوف تصبح هذه الطريقة بأقل موافقة رسمية ينضم عدد كبير من الدول. ويجب أن يتم القبول بإيداع صك رسمي يفيد ذلك، لدى الأمين العام للأمم المتحدة.

ضرورة موافقة الجهاز المختص في المنظمة على التحفظ الذي تقرره أى دولة طرف، ما لم تحظره المعاهدة المنشئة للمنظمة الدولية.^(١)

ثالثاً: التعديل

لما كان يتطلب للمنظمة الدولية صفة الديمومة وما يترتب على ذلك من صلاحية نصوص المعاهدة المنشئة لها لمواجهة تطور واقع العمل، فكان لابد من ضرورة النص على كيفية التعديل. وتنقسم طرق التعديل لنصوص المعاهدات المنشئة للمنظمة الدولية إلى التعديل الجامد والذي يتطلب موافقة أطراف المعاهدة بالإجماع، والتعديل المرن الذي يتطلب موافقة ثلثي الأطراف المعاهدة. وتخضع غالبية المعاهدات المنشئة للمنظمات الدولية للتعديل المرن باستثناء المعاهدة المنشئة للمنظمة خلف شمال الأطلسي التي تخضع للتعديل الجامد.^(٢)

وقد اتبع ميثاق الأمم المتحدة طريقة التعديل المرن بالنص في المادة ١٠٨ بأن التعديلات على الميثاق تسرى على جميع الدول الأعضاء إذا صوّتت بأغلبية ثلثي أعضاء الجمعية العامة، وصدق عليها ثلثي الدول الأعضاء فيما فيهم الأعضاء الدائمون بمجالس الأمن، وبذلك صار من الطبيعي أن تتبع الوكالات المتخصصة الداخلة في منظومة الأمم المتحدة في التعديل ذات الطريقة الواردة بميثاق الثانية مثل المعاهدات المنشئة للمنظمة العمل الدولية ومنظمة الأغذية والزراعة ومنظمة اليونسكو. فصارت هذه الطريقة متبعة في تعديل المعاهدة المنشئة للمنظمة الصحية العالمية، فنصت المادة ٧٣ منها بأن تسرى التعديلات على جميع الدول الأعضاء عندما تقررها

(١) - ترجمة معاهدة فيينا لقانون المعاهدات، المجلة المصرية للقانون الدولي، ٩٦: ٩٦٣، ٩٦٤، المجلد ٢٥، ص ٢٩٩.

(٢) - الأستاذ الدكتور / محمد حافظ عثمان، المنظمات الدولية، ندار الفكر العربية، ٩٦٢: ٨٢٢، ص ٨٢٢.

- الأستاذ الدكتور / إبراهيم محمد العناني، التنظيم الدولي، ندار الفكر العربي، القاهرة، ٩٩٥: ٣٣، ص ٣٣.

جمعية الصحة العالمية بأغلبية ثلثي الأصوات ويقبلها ثلثي الدول الأعضاء وفقاً لقواعدها الدستورية.^(١)

رابعاً: التفسير.

يقصد بتفسير نصوص المعاهدة المنشئة للمنظمة الدولية توضيح معنى ومدى النص الغامض أو المبهم، وبالتالي تحديد التزامات وحقوق الدول الأطراف.^(٢) وتثير مشكلة التفسير مسألتين هامتين هما:

أولاً: طريقة التفسير.

لم يتضمن دستور منظمة الصحة العالمية أى نص يوضح طرق تفسيره، ولذا فهو يخضع لطرق تفسير المعاهدات الواردة بالمادة ٣١ باتفاقية فيينا لقانون المعاهدات وهي:^(٣)

1) Official Records of The World Health Organization No. 2, op. cit., pg. 26.

- من الجدير بالذكر ماورد بذات المرجع فى هذا الخصوص بأنه لم يتضمن تقرير اللجنة التحضيرية التقنية أي توصية لطريقة تعديل الدستور. وقد الولايات المتحدة الأمريكية قدم اقتراحاً على غرار المادة الثالثة عشرة من ميثاق اليونسكو، حيث تصبح التعديلات سارية المفعول بعد موافقة ثلثي الأصوات بجمعية الصحة ؛ ولكن شريطة أن بشرط أن تتطوي التعديلات على تغييرات جوهرية أو التزامات جديدة على الدول الأعضاء ويتطلب القبول الرسمي من قبل ثلثي الدول الأعضاء قبل دخولها حيز النفاذ. من ناحية أخرى مندوب الهند حث على أن مقترحات التعديل بعد اعتمادها من قبل جمعية الصحة العالمية، ينبغي أن تكون ملزمة فقط للدول الأعضاء التي صادقت عليها لاحقاً. لجنة الصياغة الفرعية توصلت إلى نص توافقي تضمن أن التعديلات تصبح نافذة المفعول بالنسبة لجميع الدول الأعضاء عندما تقرها ثلثي أصوات الدول الأعضاء بجمعية الصحة ويقبلها ثلثا الدول الأعضاء طبقاً لإجراءاتها الدستورية (المادة ٧٣ من الدستور) .

(2) الأستاذ الدكتور / إبراهيم محمد العناني، التنظيم الدولي، مرجع سابق، ص ٣٧ .

(3) الأستاذ الدكتور / إبراهيم محمد العناني، التنظيم الدولي، مرجع سابق، الصفحات من

٤٠ : ٤٢ .

١. الطريقة النصية: وهي التي تتعلق بمبدأ إعمال النص، فنصوص المعاهدة هي القوالب التي وضعت فيها الإرادة المتطابقة للدول الأطراف، فيجب تفسير المعاهدة بحسن نية ووفقا للمعنى العادى لأحكامها.

٢. الطريقة الشخصية: وهي التعرف على إرادة النص عند وضعه، وذلك بالرجوع للأعمال التحضيرية ومعرفة إرادة ونية الأطراف عند إبرام المعاهدة. ولذلك يجب أن يكون التفسير بهذه الطريقة فى أضيق الحدود، نظرا لطبيعة عمل المنظمات الدولية التي تشهد دائما كثيرا من التطور.

٣. الطريقة الوظيفية: وهي التعرف على إرادة النص وقت تطبيقه، وذلك بالبحث عن الغرض الأساسى من المعاهدة ووظيفتها. ولما كانت المعاهدة تشكل قيما اتفاقيا على سيادة الدولة تنازلت بمقتضاه عن بعض اختصاصاتها، فيراعى عدم للتوسع فى استخدام هذه الطريقة للتفسير.

وفى النهاية لا يجب للتوسع فى التفسير فيمنح المنظمة اختصاصات جديدة لم ينص عليها صراحة فى المعاهدة المنشئة لها، ولا يجب أن يضيق التفسير فيحرم المنظمة من الوسائل والسبل اللازمة لممارسة اختصاصاتها. كما أن التفسير الضيق لا يتعارض مع ما ذهبت إليه محكمة العدل الدولية فى بعض آرائها الاستشارية من إمكانية تمتع المنظمة الدولية باختصاصات ضمنية تهدف لتحقيق مهام المنظمة الدولية.^(١)

ثانياً: الجهة المختصة بالتفسير . . .

والمبدأ العام هنا أن لكل الدول - أطراف المعاهدة - حقوقاً متساوية فى تفسير نصوص المعاهدة، ويرجع ذلك لعدم وجود سلطة عليا فى المجتمع الدولى تختص بالتفسير الملزم للجميع.^(٢) وتقاديا لهذه المشكلة نصت المادة ٧٥ من المعاهدة المنشئة لمنظمة الصحة العالمية صراحة بترتيب الآليات والجهات التى يسند إليها سلطة التفسير، وذلك بعد استنفاد التفاوض بين

(١) الأستاذ الدكتور / محمد سامى عبد الحميد، التنظيم الدولى، مرجع سابق، ص ٣٢٥.

(٢) الأستاذ الدكتور / إبراهيم محمد الحناني، التنظيم الدولى، مرجع سابق، ص ٣٧ .

الأطراف المتنازعة حول تفسير نصوص الدستور، وهما جهتان أولهما جمعية الصحة، وثانيهما محكمة العدل الدولية، ما لم تتفق الأطراف المتنازعة على طريقة أخرى للتسوية.^(١)

المطلب الثاني

المعاهدة المنشئة لمنظمة الصحة العالمية كدستور للمنظمة

كما تعد المعاهدة المنشئة لمنظمة الصحة العالمية من الناحية الموضوعية دستوراً. فهو يحدد اسم المنظمة^(٢) وهدفها، ويحدد اختصاصاتها، كما يحدد هيكلها من الناحية المركزية والإقليمية، ووضعها القانوني، و يبين

1) Official Records of The World Health Organization No. 2, op. cit., pp. 26: 27.

(2) من الجدير بالذكر في هذا الخصوص أن اللجنة الأولى بالمؤتمر، والخاصة بنطاق عمل المنظمة ووظائفها أوصت في تقريرها بأن يتم الإبقاء على هذا اللقب. وعندما صدر هذا التقرير قبل انعقاد جلسة المؤتمر للنظر في هذا الشأن، وجه المنسوب الصيني بالإضافة لمندوبي أوكرانيا، والأرجنتين، وكندا، والجمهورية الدومينيكية، والمكسيك، والبرازيل، نداء للموافقة على توصية اللجنة، لما يشكله هذا الاسم من رمز للعالمية في عصر اليوم آنذاك. اقترح ممثل المملكة المتحدة مع ذلك الاستعاضة باسم "الأمم المتحدة من أجل العالم". وجاء في دفاعه عن هذا التعديل الاعتبارات التالية: (١) أن بداية المنظمة كان في مؤتمر سان فرانسيسكو، ومؤتمر الصحة الدولي عقد بقرار من المجلس الاقتصادي والاجتماعي ؛ (٢) يوضح الدستور أن المنظمة ينبغي أن تكون على علاقة رسمية مع الأمم المتحدة باعتبارها وكالة متخصصة، وينبغي أن يتجلى هذا التضامن من خلال جعله واضحاً في اسم المنظمة، (٣) كان من المأمول أن الأمم المتحدة من شأنها في وقت مبكر احتضان أسرة الأمم كلها. كما أن وجهة النظر هذه حظيت بترحيب حار من مندوب أستراليا، وكحل توفيق، طرحت هولندا اسم "منظمة الصحة العالمية بالأمم المتحدة"، في حين اقترحت بنما البديل من هذا وهو "منظمة الصحة العالمية التابعة للأمم المتحدة". في النهاية وافق المؤتمر بالإجماع على اسم "منظمة الصحة العالمية" كأسم لهذه المنظمة الجديدة.

Official Records of The World Health Organization No. 2, op. cit., pg. 16.

طبيعة العلاقات بينها وبين الأمم المتحدة والمنظمات الأخرى، سواء الحكومية أو غير الحكومية، المعنية بالمسائل الصحية كالتالي:

الهدف

كانت اللجنة التحضيرية التقنية قد اقترحت حوالى ستة أهداف، ولكن المؤتمر وافق على صيغة بسيطة طرحت من المندوب الكندى وهى نص المادة الأولى " الهدف من منظمة الصحة العالمية هو أن تبلغ جميع الشعوب أرفع مستوى ممكن من الصحة." (١)

اختصاصات المنظمة

حدد الفصل الثانى من الدستور الاختصاصات التي يمكن للمنظمة أن تمارسها بغرض تنفيذ هدفها الأساسي. هذه الاختصاصات، عددها اثنان وعشرون اختصاصا، تقع في ست فئات مترابطة كالتالي:

١. العمومية والتنسيق: للمنظمة سلطة التوجيه والتنسيق في جميع المسائل المتصلة بالعمل الدولي الصحي. وبناء على ذلك فإنها تحتل مكانة كبرى في كل ما يتعلق بجميع الموضوعات الصحية المشتركة بينها وبين المنظمات الدولية الحكومية الأخرى المعنية بأي جانب من جوانب الصحة. وبذلك تكون المنظمة مخولة عموما "باتخاذ كافة الإجراءات الضرورية" لتعزيز أهدافها. (٢)

٢. التعاون مع المنظمات الأخرى: ألزم الدستور منظمة الصحة العالمية بإنشاء التعاون للفعال والحفاظ عليه مع الأمم المتحدة والوكالات المتخصصة في المجالات ذات الصلة، والإدارات الصحية الوطنية، والجماعات العلمية والمهنية الخاصة. وبشكل أكثر تحديدا، لاحظ المؤتمر أنه يجب أن تقوم منظمة الصحة العالمية بأنشطة مستمرة بالتعاون مع

1) Official Records of TheWorld Health Organization No. 2,op. cit.. pg. 16 .

2) Official Records of TheWorld Health Organization No. 2,op. cit.. pg. 17 .

الوكالات المتخصصة مثل منظمة العمل الدولية، ومنظمة الأغذية والزراعة، واليونسكو، لتعزيز التدابير الخاصة بتحسين الظروف الاقتصادية والاجتماعية التي تؤثر في الصحة وللنهوض عامة بالتنقيف الصحي.^(١)

٣. البحوث والخدمات التقنية: تحت هذا العنوان مجموعة متنوعة من الأنشطة نص عليها الدستور، وتشمل تعزيز البحوث الصحية، وإنشاء إدارة لمكافحة الأوبئة والخدمات الإحصائية، ووضع المعايير الدولية للأغذية والمواد البيولوجية والصيدلانية، والمنتجات المماثلة، وتوحيد طرق التشخيص بالقدر اللازم، وتحديد التسميات الدولية للأمراض وأسباب الوفاة، وممارسات الصحة العامة. كل هذه الأنشطة تهدف لرقابة واسعة أكثر فعالية والقضاء النهائي على المرض. وبغية تجنب أي إحاء بأن مثل هذا العمل سيكون له نطاق محدود، قرر المؤتمر عدم الإشارة إلى أنواع معينة من المرض في نصوص الدستور. بالإضافة إلى تعزيز البحوث الطبية، والمنظمة اختصاص دراسة وتقديم تقرير عن الجوانب الإدارية والاجتماعية للصحة العامة والرعاية الصحية الوقائية فضلا عن الناحية العلاجية، بما في ذلك خدمات المستشفيات والضمان الاجتماعي.^(٢)

1) Official Records of The World Health Organization No. 2, op. cit., pg. 17.

2) Official Records of The World Health Organization No. 2, op. cit., pg. 17.

— من الجدير بالذكر ماورد في هذا الخصوص بذات المرجع والصفحة بأن اللجنة التحضيرية التقنية ترددت في إدراج التأمين الصحي على وجه التحديد ضمن وظائف المنظمة. أعرب المجلس الاقتصادي والاجتماعي عن وجهة نظر أخرى حول هذا الموضوع وهي أن عقد التأمين الصحي ينتمي بشكل سليم إلى نطاق اختصاص منظمة العمل الدولية. من ناحية أخرى، أشار بعض المندوبين في المؤتمر، ولا سيما مندوبي بلجيكا وهولندا والسويد، إلى أن بعض جوانب الضمان الاجتماعي تتعلق بالصحة وبالتالي لن تكون مصدر قلق لمنظمة الصحة العالمية. بعد مناقشة مطولة تم الاتفاق على أن الدور الذي تضطلع به المنظمة فيما يتعلق بالضمان الاجتماعي =

٤. الأنشطة الترويجية والتثقيفية: منح الدستور المنظمة اختصاصاً صريحاً لتعزيز صحة الأم والطفل والرعاية الاجتماعية وتشجيع الأنشطة في مجال الصحة النفسية، بالاشتراك مع وكالات مثل منظمة العمل الدولية ومنظمة الأغذية والزراعة، كما أنها تختص بالبحث في الوقاية من الحوادث والإصابات، وكذلك تحسين التغذية والإسكان والمرافق الصحية، والأنشطة الاقتصادية، وظروف العمل وغيرها من جوانب الصحة البيئية.^(١)

٥. العمليات الميدانية: خول الدستور للمنظمة سلطة تقديم مساعدات مباشرة إلى حكومات الدول الأعضاء، بناء على طلبها، بغرض تعزيز خدماتها الصحية. ومن ناحية أخرى، فإنه من الطبيعي أن تقدم المساعدة الفنية المناسبة في حالات الطوارئ، مثل انتشار الأوبئة، سواء بناء على طلب من الحكومات، أو بمبادرة منها شريطة موافقة الحكومات المعنية على قبول هذه المساعدة. كما أن للمنظمة اختصاص، عندما تطلب الأمم المتحدة، توفير الخدمات والمرافق الصحية للفئات الخاصة، مثل شعوب الأقاليم المشمولة بالوصاية.^(٢)

٦. الأنشطة التشريعية: من بين اختصاص المنظمة ثلاثة أنواع من النشاط التشريعي الدولي الذي أذن به الدستور للمنظمة. أولاً: اختصاص المنظمة

يجب أن يقتصر على تقصي الحقائق المتعلقة بالصحة وتحليلها والإبلاغ بها، وذلك بالتعاون مع الوكالات المتخصصة الأخرى التي تتعامل مع مشاكل الضمان الاجتماعي.

1) Official Records of The World Health Organization No. 2, op. cit., pg. 17.

2) Official Records of The World Health Organization No. 2, op. cit., pg. 17: 18.

- من الجدير بالذكر ماورد في هذا الخصوص بذات المرجع والصفحة بأن اللجنة التحضيرية كانت قد أدرجت في هذا الاختصاص كلمة "المشردين". وقد أعترض المندوب الأوكراني على هذه الكلمة، وأتفق على حذف الإشارة الخاصة إلى المشردين، وإن كان هذا لا يحول دون تقديم المساعدة لهم.

باعتقاد اتفاقيات دولية رسمية لقبولها من جانب الحكومات وفقاً لإجراءاتها الدستورية، وكذلك بينها وبين المنظمات الدولية الأخرى. ثانياً: اختصاص المنظمة بإصدار قرارات لاثنية بشأن موضوعات محددة والتي تصبح سارية المفعول بالنسبة لجميع الدول الأعضاء في ظل اشتراطات معينة. ثالثاً: اختصاص المنظمة بتقديم توصيات رسمية إلى الحكومات فيما يتعلق بالمسائل الدولية الصحية.^(١) كما ألزم الدستور الدول الأعضاء بأن تقدم للمنظمة تقارير سنوية عن الإجراءات التي اتخذتها فيما يتعلق بتنفيذ الاتفاقيات واللوائح والتوصيات (المادة ٦٢ من الدستور). ولضمان اتساق أحكام التشريعات الداخلية للدول الأعضاء مع ما تصدره المنظمة من تشريعات دولية صحية، ألزم الدستور الدول الأعضاء بأن تبلغ المنظمة بالقوانين واللوائح والإحصاءات الصحية التي تصدرها (المادة ٦٣ من الدستور).

الملايح العالي للعضوية بالمنظمة

وافق المؤتمر بالإجماع على عرض من اللجنة التحضيرية التقنية مؤداه أن عضوية المنظمة ينبغي أن تكون مفتوحة لجميع الدول دون استثناء (المادة ٣ من الدستور). وكذلك على اقتراح اللجنة بأن أي عضو من أعضاء الأمم المتحدة ينبغي أن يكون له الحق في اكتساب عضوية منظمة الصحة العالمية بمجرد الموافقة على الدستور وفقاً لماورد به (المادة ٤ من الدستور)، أما الدول غير الأعضاء بالأمم المتحدة فيكتفى بموافقة جمعية الصحة بالأغلبية البسيطة (المادة ٦ من الدستور). كما أعتمد المؤتمر عضوية الدول ناقصة السيادة والأراضي الغير متمتعة بالحكم الذاتي (المادة ٨ من الدستور).^(٢)

1) Official Records of The World Health Organization No. 2, op. cit., pg. 18 .

2) Official Records of The World Health Organization No. 2, op. cit., pp. 18: 19 .

شكل المنظمة

“وافق المؤتمر على الهيكل المركزي لمنظمة الصحة العالمية المنصوص عليه في تقرير اللجنة التحضيرية التقنية، التي قررت بأن عمل المنظمة ينبغي أن تقوم به ثلاثة أجهزة رئيسية هي جمعية الصحة العالمية، والمجلس التنفيذي، والأمانة العامة (المادة ٩ من الدستور).^(١)

كما وافق المؤتمر على ما جاء بتقرير اللجنة التحضيرية التقنية بشأن الترتيبات الإقليمية، حيث قرر إنشاء "اللجان الإقليمية" بواسطة جمعية الصحة، وتتمثل مهامها في معالجة مسائل السياسة العامة ذات الطابع الإقليمي على وجه الحصر، وكذلك على إنشاء "المكاتب الإقليمية" لإدارة السياسات والأنشطة الإقليمية.^(٢)

أحكام التصويت

بينما كان إجماع المؤتمر على أنه يجب أن يكون لكل دولة عضو صوت واحد في جمعية الصحة العالمية، إلا أن مسألة كيفية التصويت لإصدار القرارات التي تتخذها الجمعية والمجلس واللجان التابعة للمنظمة أثارت نقاشاً واسعاً في المؤتمر. وكانت اللجنة التحضيرية التقنية قد أوصت بأنه ينبغي أن تتخذ القرارات بأغلبية بسيطة من الأعضاء الحاضرين والمصوتين، باستثناء ما هو منصوص عليه في الدستور. وبالفعل انتهى المؤتمر بالإقرار بأن التصويت الإيجابي يتم بواسطة أغلبية الأعضاء المسجلين في أي اجتماع. ثم استرعى المندوب الكندي انتباه المؤتمر لأحكام

1) Official Records of The World Health Organization No. 2, op. cit., pg. 19.

- من الجدير بالذكر ماورد في هذا الخصوص بذات المرجع والصفحة بأن المندوب البرازيلي قدم اقتراحاً لإدراج مجلس استشاري من الخبراء في مجال الصحة بوصفه واحداً من الأجهزة الرئيسية لمنظمة الصحة العالمية. انتقد هذا الرأي الذي قد يميل بأن تصبح المنظمة غاية في البيروقراطية وربما في وقت لاحق تتطور إلى أكاديمية دولية للصحة.

2) Official Records of The World Health Organization No. 2, op. cit., pg. 23.

المادة ١٨ من ميثاق الأمم المتحدة، التي تتيح اتخاذ القرارات من قبل الجمعية العامة بشأن المسائل الهامة التي تقدمها بأغلبية الثلثين من الأعضاء الحاضرين والمصوتين؛ للقرارات بشأن المسائل الأخرى بما في ذلك تحديد فئات إضافية من المسائل التي يتعين البت فيها بأغلبية الثلثين يجري اتخاذها من قبل التصويت بالأغلبية البسيطة. ولحل هذه المشكلة نص الدستور بحكم مماثل لهذه المادة، وقد تمت الموافقة بالإجماع من قبل المؤتمر (المادة ٦٠ من الدستور).^(١)

العلاقات مع المنظمات الأخرى.

كان هناك إجماع من أعضاء المؤتمر بأن تعمل منظمة الصحة العالمية في تعاون وثيق مع الأمم المتحدة ووكالاتها المتخصصة والمنظمات الدولية الحكومية الأخرى في سعيها لتحقيق هدفها كالتالي:

١. الأمم المتحدة: ألزم الدستور المنظمة بالدخول في علاقة رسمية مع الأمم المتحدة، باعتبارها إحدى وكالاتها المتخصصة. ويتم الاتفاق في هذا الشأن على النحو المنصوص عليه في المادتين ٥٧ و ٦٣ من ميثاق الأمم المتحدة، وتخضع لموافقة جمعية الصحة (المادة ٦٩ من الدستور).^(٢)

1) Official Records of The World Health Organization No. 2,op. cit., pg. 25.

- من الجدير بالذكر ماورد في هذا الخصوص بذات المرجع والصفحة بأن الدستور حدد فئة القرارات التي تتطلب موافقة ثلثي أصوات جمعية الصحة: اعتماد الاتفاقيات والاتفاقات؛ والموافقة على الاتفاقات التي تبرم بين منظمة الصحة العالمية والأمم المتحدة والوكالات المتخصصة والمنظمات الدولية الحكومية وفقا للمادتين ٦٩ و ٧٠، و ٧٢ من الدستور، واعتماد تعديلات على الدستور.

2) Official Records of The World Health Organization No. 2,op. cit., pp. 25: 26.

- من الجدير بالذكر في هذا الخصوص ما جاء بذات المرجع وفي الصفحة السادسة والعشرين بأنه خلال مناقشة هذا الحكم أعرب مندوب استراليا عن رأي مفاده أن ميزانية المنظمة ينبغي أن تشكل جزءا من الميزانية العامة للأمم المتحدة ومقر منظمة الصحة العالمية يجب أن يكون موجودا في مقر للأمم المتحدة من أجل تسهيل تبادل الموظفين والمرافق والخدمات، ولكن رفض هذا الرأي. كما قرر المؤتمر الموقف القائل بأن الترتيبات التفصيلية للتعاون الفعال، قد يكون من الأنسب وضعها بواسطة اتفاق لاحق بين المنظميتين.

٢. تمثيل المنظمات الدولية الأخرى. يمثل المنظمات الدولية الأخرى ذات الصلة، سواء كانت حكومية أو غير حكومية، بمنظمة الصحة العالمية مراقبون يقومون بالإدلاء ببيانات في المؤتمرات والاجتماعات مؤكدين رغبتهم في التعاون مع منظمة الصحة العالمية بشأن المسائل ذات الاهتمام المشترك.^(١)

٣. المنظمات الوطنية. أما فيما يتعلق بالمنظمات الوطنية، للحكومية وغير الحكومية، فينبغي موافقة الحكومة المعنية حتى يتم الحصول من قبل المدير العام على الترتيبات الاستشارية والتعاونية نيابة عن منظمة الصحة العالمية (المادة ٧١ من الدستور).

٤. قيام منظمة الصحة العالمية بمهام مشتركة بينها وبين الوكالات المتخصصة الداخلة بمنظومة الأمم المتحدة والمنظمات الدولية الحكومية، أمر لا يدع مجالاً للشك في نية المؤتمر بأن تكون منظمة الصحة العالمية ذات اختصاص تشريعي واسع. ولذلك خول الدستور المنظمة اختصاص إبرام اتفاقات لتنفيذ تلك المهام مع الوكالات المتخصصة والمنظمات الدولية الحكومية شريطة موافقة جمعية الصحة بأغلبية الثلثين (المادة ٧٠ من الدستور). كما روي أنه من الضروري إدراج نص في دستور منظمة الصحة العالمية يخولها سلطة استخلاف أي منظمة دولية أو وكالة أخرى غرضها وأنشطتها تدخل ضمن ميدان اختصاص المنظمة، هذه السلطة تستخدمها منظمة الصحة العالمية من خلال اتفاق دولي أو بترتيبات يقبلها الطرفان، وجميع هذه الاتفاقات والترتيبات تكون خاضعة لموافقة جمعية الصحة بأغلبية الثلثين (المادة ٧٢ من الدستور).^(٢)

1) Official Records of The World Health Organization No. 2, op. cit., pg. 26.

2) Official Records of The World Health Organization No. 2, op. cit., pg. 26.

الباب الأول

الإطار العام للقانون الدولي الصحي

نظرا إلى حداثة دراسات القانون الدولي الصحي في الفقه العربي،
رأينا في هذا الباب أن نتعرف على الإطار العام للقانون الدولي الصحي من
عدة نواحي. ولذا سوف نقسم هذا الباب إلى أربعة فصول كالتالي :

الفصل الأول :تعريف القانون الدولي الصحي

الفصل الثاني : نطاق القانون الدولي الصحي

الفصل الثالث : قواعد القانون الدولي الصحي

من قواعد النظام العام الدولي

الفصل الرابع : مصادر القانون الدولي الصحي

الفصل الأول... تعريف القانون الدولي الصحي

من الثابت تاريخياً، أن القانون الدولي الصحي في القرن التاسع عشر كان في المجال الدفاعي (الطبي أو العلاجي) بشكل رئيسي في موقفه من الصحة، حيث كان يتفق آنذاك مع مكافحة الأوبئة والقضاء عليها.^(١) بعد ذلك ومع انتهاء الحقبة الاستعمارية تغير شكل المجتمع الدولي، ففي فترة ما بعد الحرب العالمية الثانية وخاصة أوائل الستينات حيث نالت العديد من الدول استقلالها وأصبحت هذه الدول راسخة، الأمر الذي أدى لتغير شكل المجتمع الدولي. وقد ظهرت أولى ملامح هذا التغير في مؤتمر باندونغ عام ١٩٥٥م، الذي شهد لأول مرة اجتماع دول العالم الثالث على كل من المستويات الاقتصادية والصحية. وكان لهذا التطور أثره البالغ في المجال الصحي بالمجتمع الدولي الذي لا يمكن إلا أن ينتج أثره على القواعد القانونية في هذا المجال. ومع ازدياد عدد الدول الأعضاء بمنظمة الصحة العالمية، ركزت المنظمة جهودها على الأنشطة الإيجابية الخاصة بالوقاية حيث كانت الدول النامية في أشد الحاجة إليها.^(٢)

ومنذ تغير شكل المجتمع الدولي آنذاك واعتماد منظمة الصحة العالمية على الجهود الإيجابية (الوقائية)، ازداد القانون الدولي الصحي تطوراً ونمواً حتى استطاع بعض الفقهاء تعريف القانون الدولي الصحي بأنه مجموعة من القواعد القانونية الدولية المنظمة للعلاقات بين أشخاص القانون

1) Michel Bélanger, The Future of International Health Legislation, International Digest of Health Legislation, W. H. O., Geneva, 1989, Vol. 40, No. 1, pg. 3.

2) Lahcen Bayti, Future Perspectives For International Health Law, International Digest of Health Legislation, W. H. O., Geneva, 1989, Vol. 40, No. 1, pg. 19.

الدولى العام فى مجال الصحة.^(١) فقد استند هؤلاء الفقهاء فى تأسيس هذا التعريف على تعريف القانون الدولى العام ولكن ببساطة شديدة أوضحوا النشاط الذى تخصص فى تنظيمه وهو الصحة.

بينما ذهب جانباً من الفقه الأجنبى بتعريف القانون الدولى الصحى بأنه مجموعة المبادئ العامة القانونية المتعلقة بالصحة المقبولة على الصعيد الدولى. ويهتم الفقيه هنا بعنصر الدولية، فىرى وجود تدابير كثيرة جداً قادرة على حماية الفرد وتحسين نوعية حياته ولكن لم يتم التوصل الى اتفاق جيد بشأنها، مثل التدابير الصحية المتعلقة بالأفراد أنفسهم وتنظيم المهن الصحية وإنشاء نظم صحية. فهو ينظر الى القانون الدولى الصحى بأنه يضم جميع المبادئ والقواعد التوجيهية القادرة ليس فقط لحماية الفرد أو المجتمع ضد المرض ولكن أيضاً لرفع المستوى الصحى، شريطة القبول العام من جانب المجتمع الدولى.⁽²⁾

ونتفق مع التعريف الأول لكونه مؤسس على تعريف القانون الدولى العام السابق الإشارة إليه، كما يوضح أن القانون الدولى الصحى يعد من أحد فروع الأول حيث تخصص فى تنظيم مجال محدد وهو الصحة مثل بقية فروع القانون الدولى الأخرى منها على سبيل المثال القانون الدولى للقضاء، و القانون الدولى للبحار، و القانون الدولى الجوى.⁽³⁾ بينما لا يتفق الباحث مع التعريف الثانى لأنه تجاهل القيمة القانونية للصكوك الدولية المختلفة

-
- 1) Michel Bélanger, Droit International De La Santé, Economica, 1983, pg. 10.
 - Jean-Marie Auby, Le Droit De La Santé, P.U.F., Coll. Thémis, 1981, pg. 13.
 - 2) Claude H. Vignes, The Future of International Law : W.H.O. Perspective, International Digest of Health Legislation, W. H. O., Genva, 1989, Vol. 40, No. 1, pg. 17.
 - 3) Leon Hurwitz, Reflections of A Political Scientist, International Digest of Health Legislation, W. H. O., Genva, 1989, Vol. 40, No. 1, pg. 24.

والتي استقر العمل الدولي عليها كمصادر للقانون الدولي العام مثل الاتفاقيات وغيرها بينما اعترف فقط للمبادئ العامة بأنها تعد قواعد للقانون الدولي الصحي على خلاف الحقيقة.

ولقد أكد جانب من الفقه الأجنبي^(١) بأن القانون الدولي الصحي يشكل فرع من فروع القانون الدولي العام، ويتطور بسرعة ويتضمن مجموعة واسعة من الموضوعات المختلفة. ففي غضون القرن العشرين، تم إثراء القانون الدولي الصحي بإصدار قواعد تشريعية تضع تدابير مختلفة تهدف إلى حماية صحة الإنسان. على سبيل المثال اعتمدت الاتفاقيات التي تهدف إلى منع انتشار الأمراض المعدية الخطيرة والتعامل مع المسائل الصحية الأخرى، ووضع إنتاج واستهلاك أنواع معينة من العقاقير للمراقبة الدولية. كما اعتمدت الأمم المتحدة ووكالاتها المتخصصة الصكوك القانونية الدولية التي تنظم العلاقات الدولية الحكومية في المجال الصحي بهدف الحفاظ على الصحة وتحسين صحة السكان في جميع الدول. وبالتالي، توجد مجموعة كاملة من القواعد القانونية الدولية التي تنطبق على أحد جوانب العلاقات الدولية، وهي العلاقات بين أشخاص القانون الدولي فيما يتعلق بحماية صحة الإنسان.

ويعد ميثاق الأمم المتحدة ودستور منظمة الصحة العالمية من المصادر الرئيسية للقانون الدولي الصحي. فقد نصت المادة ٥٥ بالميثاق على أنه ينبغي للأمم المتحدة تعزيز التعاون الدولي، وعلى حل المشاكل الدولية في مختلف المجالات بما في ذلك الصحة. وقد أنشئت منظمة الصحة العالمية للتعامل مع المسائل الصحية باعتبارها إحدى الوكالات المتخصصة بالأمم المتحدة هدفها الرئيسي هو "بلوغ جميع الشعوب أرفع مستوى صحي ممكن"

1) V. S. Mihajlov, International Health Law : Current Status and Future Prospects, International Digest of Health Legislation. W. H. O., Geneva, 1989, Vol. 40, No. 1, pg. 10.

؛ ولذا عرف الدستور الصحة في الديباجة بأنها "حالة من اكتمال السلامة بدنيا وعقليا واجتماعيا وليس مجرد انعدام المرض أو العجز".

وبناء على ما سبق يمكن اعتبار هذه الأحكام الواردة في ميثاق الأمم المتحدة ودستور منظمة الصحة العالمية القواعد الأساسية للقانون الدولي الصحي. فتحسين صحة جميع الشعوب هي مشكلة اجتماعية وصحية وليست مشكلة قانونية، ولكن يلعب القانون الدولي الصحي دورا كبيرا في تحسين صحة جميع الشعوب من خلال إضفاء القوة الملزمة على التدابير الدولية الصحية. هذه القوة الملزمة تضمن تنفيذ مجموعة واسعة من التدابير من جانب جميع الدول، سواء على المستوى الفردي على أساس تشريعاتها الوطنية التي تصدر وفقا للصكوك الدولية -- الاتفاقيات واللوائح وغيرها - التي تعتمد عليها الأمم المتحدة ووكالاتها المتخصصة.^(١)

ومنذ تغير شكل المجتمع الدولي آنذاك واعتماد منظمة الصحة العالمية على الجهود الإيجابية (الوقائية)، ازداد القانون الدولي الصحي تطورا ونموا حتى استطاع بعض الفقهاء تعريف القانون الدولي الصحي بأنه مجموعة من القواعد القانونية الدولية المنظمة للعلاقات بين أشخاص القانون الدولي العام في مجال الصحة.^(٢) فقد استند هؤلاء الفقهاء في تأسيس هذا التعريف على تعريف القانون الدولي العام ولكن ببساطة شديدة أوضحوا النشاط الذي تخصص في تنظيمه وهو الصحة.

1) V. S. Mihajlov, International Health Law : Current Status and Future Prospects, International Digest of Health Legislation, W. H.O., Genva, 1989, Vol. 40, No. 1, pg. 11.

2) هذا ماقرره لي الأستاذ الدكتور/ محمد سامي عبد الحميد في مقابلة مع سيادته بتاريخ ٢٠٠٧/٩/٤م بمكتب سيادته بكلية الحقوق جامعة الإسكندرية.

- Michel Bélanger, Droit International De La Santé, Economica, 1983, pg. 10.

- Jean-Marie Auby, Le Droit De La Santé, P.U.F., Coll. Thémis, 1981, pg. 13.

بينما ذهب جانباً من الفقه الأجنبي بتعريف القانون الدولي الصحي بأنه مجموعة المبادئ العامة القانونية المتعلقة بالصحة المقبولة على الصعيد الدولي. ويهتم الفقيه هنا بعنصر الدولية، فيرى وجود تدابير كثيرة جداً قادرة على حماية الفرد وتحسين نوعية حياته ولكن لم يتم التوصل إلى اتفاق جيد بشأنها، مثل التدابير الصحية المتعلقة بالأفراد أنفسهم وتنظيم المهن الصحية وإنشاء نظم صحية. فهو ينظر إلى القانون الدولي الصحي بأنه يضم جميع المبادئ والقواعد والمبادئ التوجيهية القادرة ليس فقط لحماية الفرد أو المجتمع ضد المرض ولكن أيضاً لرفع المستوى الصحي، شريطة القبول العام من جانب المجتمع الدولي.⁽¹⁾

ونحن نتفق مع التعريف الأول لكونه يوضح أن القانون الدولي الصحي يعد من أحد فروع القانون الدولي العام حيث تخصص في تنظيم مجال محدد وهو الصحة مثل بقية فروع القانون الدولي الأخرى منها على سبيل المثال القانون الدولي للفضاء، و القانون الدولي للبحار، و القانون الدولي الجوي.⁽²⁾ بينما لا يتفق الباحث مع التعريف الثاني لأنه تجاهل القيمة القانونية للصكوك الدولية المختلفة والتي استقر العمل الدولي عليها كمصادر للقانون الدولي العام مثل الاتفاقيات وغيرها بينما اعترف فقط للمبادئ العامة بأنها تعد قواعد للقانون الدولي الصحي على خلاف الحقيقة.

-
- 1) Claude H. Vignés, The Future of International Law : W.H.O. Perspective, International Digest of Health Legislation, W. H. O., Genva, 1989, Vol. 40, No. 1, pg. 17.
 - 2) Leon Hurwitz, Reflections of A Political Scientist, International Digest of Health Legislation, W. H. O., Genva, 1989, Vol. 40, No. 1, pg. 24.

ولقد أكد جانب من الفقه الأجنبي^(١) بأن القانون الدولي الصحي يشكل فرع من فروع القانون الدولي العام، ويتطور بسرعة ويتضمن مجموعة واسعة من الموضوعات المختلفة. ففي غضون القرن العشرين، تم إثراء القانون الدولي الصحي بإصدار قواعد تشريعية تضع تدابير مختلفة تهدف إلى حماية صحة الإنسان. على سبيل المثال اعتمدت الاتفاقيات التي تهدف إلى منع انتشار الأمراض المعدية الخطيرة والتعامل مع المسائل الصحية الأخرى، ووضع إنتاج واستهلاك أنواع معينة من العقاقير الخاضعة للمراقبة الدولية. كما اعتمدت الأمم المتحدة ووكالاتها المتخصصة الصكوك القانونية الدولية التي تنظم العلاقات الدولية الحكومية في المجال الصحي بهدف الحفاظ على الصحة وتحسين صحة السكان في جميع الدول. وبالتالي، توجد مجموعة كاملة من القواعد القانونية الدولية التي تنطبق على أحد جوانب العلاقات الدولية، وهي العلاقات بين أشخاص القانون الدولي فيما يتعلق بحماية صحة الإنسان.

1) V. S. Mihajlov, International Health Law : Current Status and Future Prospects, International Digest of Health Legislation, W. H. O., Geneva, 1989, Vol. 40, No. 1, pg. 10.

الفصل الثاني نطاق القانون الدولي الصحى

لما كان يعد النشاط الصحى نشاطاً اجتماعياً، ولذا فهو متفرع فى كافة أوجه الأنشطة الاجتماعية مثل العمل والزراعة والأغذية والتجارة.... وغيرها من مختلف أوجه النشاط الإنسانى، لذلك تعمل منظمة الصحة العالمية كسلطة التوجيه والتنسيق فى ميدان العمل الدولى الصحى وفقاً للمادة الثانية من دستورها، فهى إحدى وكالات الأمم المتحدة المتخصصة فى مجال الصحة. ومن أجل هذا ترتبط منظمة الصحة العالمية بغيرها من المنظمات الدولية الداخلة فى منظومة الأمم المتحدة بعلاقات قانونية من أجل إصدار قواعد القانون الدولى الصحى، سواء كان إصدارها بواسطة منظمة الصحة العالمية أو بواسطة المنظمات الدولية الداخلة فى منظومة الأمم المتحدة. وبناء على ذلك تعد منظمة الصحة العالمية المرجعية الدولية فى كل عمل دولى يتعلق بالصحة. وتستخدم منظومة الأمم المتحدة ومنظمة الصحة العالمية القانون الدولى الصحى من أجل الارتقاء بصحة جميع الشعوب لأرفع مستوى ممكن وفقاً لما هو وارد بالمادة الأولى من دستور منظمة الصحة العالمية.⁽¹⁾

مما سبق يتضح أن وظيفة القانون الدولى الصحى هى الارتقاء بصحة جميع الشعوب لأرفع مستوى ممكن، وتصبح الصحة هى المحور الذى يدور حوله هذا القانون ليرتقى بمستواها لجميع شعوب العالم وبالتالي يصير لزوماً التعرف على الصحة.

أولاً: تعريف الصحة

حاول الكثير من العلماء تعريف الصحة، وعليه تعددت التعاريف ويمكن تقسيمها إلى نوعين هما:

1) M. F. Lucker-Babel, A New Challenge for International Cooperation In Health Matters, International Digest of Health Legislation, W. H. O., Geneva, 1989, Vol. 40, No. 1, pg. 27.

١. من الناحية الموضوعية

ذهب البعض إلى أن الصحة " هي مفهوم نسبي من القيم الاجتماعية للإنسان"، كما عرفها العالم بركنز (Perkins) بأنها حالة من التوازن النسبي لوظائف الجسم، وأن حالة التوازن هذه تنتج من تكيف الجسم مع العوامل الضارة التي يتعرض لها، وهي عملية إيجابية تقوم بها قوى الجسم للمحافظة على توازنه.^(١) ويعرفها البعض الآخر بأنها " عبارة عن حالة إيجابية يؤثر الشخص بها من خلال تفاعله مع الظروف الاجتماعية والثقافية السائدة بتورا فعالا في تحقيقها أو غيابها، ويصعب فهمها دون الأخذ بالظروف الاجتماعية والثقافية والاقتصادية السائدة في مجتمع من المجتمعات بعين الاعتبار".^(٢)

٢. من الناحية الغائية

ورد تعريف الصحة بديباجة دستور منظمة الصحة العالمية بأنها "حالة من اكتمال السلامة بدنيا وعقليا واجتماعيا، لا مجرد انعدام المرض أو العجز".^(٣) ويعد هذا التعريف هو الهدف من الصحة حيث حدد عناصر الصحة وهي البدن والعقل والناحية الاجتماعية، كما حدد مستواها وهو

1 (الأستاذ الدكتور / فوزى على جاد الله، الصحة العامة والرعاية الصحية، دار المعارف بمصر، ١٩٦٨م، الطبعة الأولى، ص ١.

وأنقد سيادته القول القائل " بأن الصحة تاج فوق رعوس الأصحاء لا يعرفه إلا المرضى " لأنه يشير إلى أهمية الصحة للإنسان ولكن يعجز عن تحديد كنهها ويؤكد عدم الإحساس بها إلا من الناحية السلبية وهي حالة المرض.

2 (الأستاذ الدكتور/ السيد فهمي على، علم نفس الصحة، دار الجامعة الجديدة للنشر، ٢٠٠٩م، ص ٢٥.

3 (الوثائق الأساسية، منظمة الصحة العالمية، جنيف، ص ١.

- من الجدير بالذكر في هذا الخصوص ماورد بإحدى مراجع منظمة الصحة العالمية : " من الثابت أن الإنسان كائن له بدن وعقل وفطرة اجتماعية، والوظائف التي تنظم حياته تدور حول هذه المكونات الثلاثة : الأولى بيولوجية وتتعلق بالوجود المادي للبدن وتمثله الحالة العضوية والوظيفية لعناصره وأجزائه، والثانية نفسية وتمثل الجوانب المعرفية والوجدانية والسلوكية، والثالثة اجتماعية وتتصل بعلاقات الفرد وتفاعلاته مع غيره من الأفراد والجماعات".

طب المجتمع، إعداد نخبة من أساتذة الجامعات في العالم العربي، منظمة الصحة العالمية، أكاديمية إنترناشيونال، بيروت، ٢٠٠٥م، ص ٣٦.

الكمال لكنه من الصعب تحقيقه ولكنه يعد هدفا يسعى الجميع إلى محاولة الوصول إليه.^(١) ولما كان هذا التعريف واردا في ديباجة دستور منظمة الصحة العالمية حيث صدق عليه عدد ١٩٤ دولة^(٢) فيصبح هذا التعريف من المتفق عليه^(٣)، ويترتب عليه أن الجماعة الدولية بأكملها والدول فرادى تسعى إلى محاولة تحقيق هذا الكمال.

ومن هذا التعريف، يتضح أن هناك جانبين لتحقيق الصحة الأول إيجابي وهو المتعلق بإعداد الإنسان والمجتمع للقيام بوظائفهما، والثاني سلبي يتعلق بمكافحة الأمراض سواء على مستوى الإنسان أو المجتمع.^(٤)

1) ويقول الأستاذ الدكتور/ فوزى على جاد الله في هذا الخصوص :
" في الواقع أن هذه العناصر تعتبر بالنسبة للصحة مثل عناصر الطيف الضوئي بالنسبة للضوء الأبيض بمعنى أنه إذا انتقص أى عنصر من هذه العناصر ينتج عن هذا عدم تكامل الصحة كما هو الحال عند انتقاص أحد عناصر الطيف الضوئي فلا ينتج الضوء الأبيض المتكامل."

- وأيضا ماقرره Michael Bothe في هذا الخصوص قائلا :

" Si l'on a une bonne santé, c'est grâce au hasard ou à Dieu, selon ce que l'on croit ou ne croit pas, mais certainement pas parce que l'on est titulaire d'un droit y relatif. Le juge qui applique le droit peut nous procurer une grande variété de choses et de prestations, mais il ne guérira personne. Si nous parlons tout de même d'un droit à la santé, c'est parce que nous envisageons l'apport que le droit peut fournir afin que tous les hommes puissent jouir du meilleur état de santé qu'ils soient capables d'atteindre. Cet apport existe. Il s'agit de règles juridiques assez diverses.

- Michael Bothe, Les Concepts Fondamentaux Du Droit Á La Santé, R.C.A.D.I., Vol.27-29, 1978, pg.14.

2) أسماء وعدد الدول الأعضاء بمنظمة الصحة العالمية بموقع المنظمة بشبكة المعلومات الدولية (الإنترنت) : <http://www.who.int/countries/ar>

3) الأستاذة الدكتورة/ هدى غريب، الأستاذة الدكتورة/ نادية فرغلى، الأستاذة الدكتورة/ إيمان درويش، الأستاذة الدكتورة/ سلوى طایل، العلوم الصحية، الوفاء لدنيا الطباعة والنشر، الإسكندرية، الصفحات ٥: ٣.

4) الأستاذ الدكتور / فوزى على جاد الله، الصحة العامة والرعاية الصحية، مرجع سابق، الصفحات من ٣ : ٩.

ثانياً: تعريف الصحة العامة .

تعرف الصحة العامة بأنها العلم والفن في الوقاية من المرض، وإطالة العمر، وتعزيز الصحة البدنية والكفاءة من خلال تنظيم جهود المجتمع من أجل النظافة الصحية والبيئة الصحية، والسيطرة على العدوى، ومن خلال تعليم الفرد النظافة الشخصية، وتنظيم الخدمات الطبية وخدمات التمريض للتشخيص المبكر والعلاج الوقائي من المرض، وتطوير الآليات الاجتماعية التي تكفل لكل فرد مستوى من المعيشة كاف للإنفاق على الصحة وتنظيم هذه الفوائد بهذه الطريقة يمكن كل فرد من تحقيق مكاسب الصحة وإطالة العمر.⁽¹⁾

كما يمكن تعريف "الصحة العامة" بأنها "ما علينا كمجتمع أن نفعله معاً لضمان الظروف التي يمكن للناس فيها أن يكونوا أصحاء". ولهذا التعريف شقان، الأول: يتعلق بمجموعات من الأفراد والإجراءات التي تؤثر على الكثير منهم. فعلى سبيل المثال، إضافة الفلوريد إلى مياه الشرب من أجل منع تسوس الأسنان لدى الأطفال يعد من تدابير الصحة العامة الواسعة، التي تؤثر على الجميع. الإجراء يهدف إلى تحقيق للصالح العام (التقليل من تسوس الأسنان وتحسين صحة الأسنان). هذا العمل لن يضمن حماية كل فرد من تسوس الأسنان، ولكنه سوف يقلل من إجمالي نخر الأسنان الذي يحدث للسكان. ولذا فإجراءات-الصحة العامة تسعى إلى تعزيز صحة المجتمع

=- الأستاذ الدكتور / مصطفى عبد الفتاح أبو الفتوح، الأستاذ الدكتور / مصطفى عوض إبراهيم، الصحة العامة والطب الاجتماعي، شركة الجمهورية الحديثة، ٢٠٠٢م، ص ٣٥.

- من الجدير بالذكر ماقرره الأستاذ الدكتور / مصطفى عبد الفتاح في هذا الخصوص: "إن المستوى الصحي للإنسان يكون محصلة عدة عوامل ومؤثرات تتفاعل مع بعضها وينتج عنها الحالة الصحية للإنسان فإذا تغلبت العوامل السلبية ظهرت الحالة المرضية وإذا تغلبت العوامل الإيجابية استمرت الحالة الصحية."

1) Michael H. Merson, Robert E. Black, Ann J. Mills, International Public Health, Jones and Bartlett Publishers, U.S.A., 2005. pg. 17.

بأكمله. ثانياً: من الضروري تحديد الإجراءات اللازمة ليكون أفراد المجتمع في صحة جيدة. وكما يتضح في تعريف منظمة الصحة العالمية للصحة بأن هذه الإجراءات تتجاوز الفرد أو مسببات الأمراض وتشمل كل جوانب الحياة التي يمكن أن تؤثر على النمو البدني والعقلي والرفاهية الاجتماعية. ولذا فمن الواضح أن هناك العديد من الظروف التي يمكن أن تؤثر على رفاهية الشخص. على سبيل المثال ظروف البيئة المادية و البيئة الإحيائية و البيئة الاجتماعية ووصول الخدمات الصحية للأفراد. هذه الظروف تشكل مجموعة العوامل الرئيسية في تحديد الوضع الصحي لمجتمع السكان. وخلاصة القول، الصحة العامة تعمل لضمان الظروف اللازمة لنمو الإنسان السليم من الناحية البدنية والعقلية والاجتماعية وتقدم جميع الأفراد في المجتمع.^(١)

ولذا فالصحة العامة تسعى إلى التأثير في الظروف المجتمعية حيث يمكن للأفراد أن يكونوا في صحة جيدة. هذا العمل يؤدي بالضرورة إلى ضمان الحصول على الرعاية الصحية. وتشمل الجهود الرامية إلى ضمان الفرص الاجتماعية (مثل التعليم)، والبيئة الصحية (بما في ذلك الإسكان، والتغذية، وسلامة مكان العمل)، والوقاية من التهديدات العقلية والرفاهية الاجتماعية (مثل العنف أو الاضطهاد). كما ينبغي أن يكون واضحاً، أن الصحة العامة ينظر إليها في السياق المجتمعي، بما فيها الأبعاد الاقتصادية والسياسية. وزيادة إيلاء الاهتمام الكبير الآن لمسؤولية المجتمع والمشاركة في ضمان الظروف حتي يمكن للأفراد أن يكونوا في صحة جيدة.^(٢)

ثالثاً : تعريف الصحة الدولية .

الأمم في جميع أنحاء العالم مع تنظيم مسائل السياسة العالمية، تهتم بالحالة الصحية لشعوبها.^(٣) وتعرف الصحة الدولية بأنها تطبيق مبادئ

1) David P. Fidler, International Law and Public Health, Transnational Publishers, New York, pp. 3 : 4.

2) David P. Fidler, International Law and Public Health, op.cit.,pg. 6.

3) Sir George Alleyne, International Public Health, Edited by Michael H. Merson, Robert E. Black, Ann J. Mills, op.cit., pg. 14.

الصحة العامة على المشاكل الصحية والتحديات التي تتجاوز الحدود الوطنية ومجموعة التدابير المقبولة عالمياً. فمعظم الاهتمام الدولي في مجال الصحة الدولية يتركز على الدول المنخفضة الدخل والدول المتوسطة الدخل، والتي بها أكبر معدلات الوفيات والأمراض، وعدم كفاية النظم الصحية لتلبية احتياجات أشد الفئات الضعيفة من السكان.^(١)

1) Michael H. Merson, Robert E. Black, Ann J. Mills, International Public Health, op. cit., pg. xvii.

الفصل الثالث

قواعد القانون الدولي الصحي

من قواعد النظام العام الدولي

تلعب الصحة دورا وهاما وكبيرا فى التنمية الاقتصادية والاجتماعية بمختلف الدول. ونوضح هذا الدور فيعرض مدى صحة مقولة أن " الأغنى هو الأصح "وبالمقابل" الأصح هو الأغنى"^(١) وبذلك سنعرض أثر الصحة على اقتصاد الدولة والأثر المترتب على ذلك من خصائص القانون الدولي الصحي بواسطة مبحثين كالآتى:

المبحث الأول : أثر الصحة على الاقتصاد.

المبحث الثانى : خصائص القانون الدولي الصحي.

المبحث الأول

أثر الصحة على الاقتصاد

من خلال استعراض أثر الصحة على الاقتصاد الجزئى والاقتصاد الكلى^(٢).

أولاً : أثر الصحة على الاقتصاد الجزئى.

بشكل عام تعتبر الدول الغنية هى الأكثر صحة، فمن الثابت أن الدخل المرتفع يوفر قدرة أعلى للأفراد فى شراء الكثير من السلع والخدمات

1) Kevin Chan, Understanding Global Health, Economics and Global Health, McGrah-Hill Professional, First Edition, 2007, pg. 269.

2) ينصرف مصطلح الاقتصاد الجزئى إلى تحليل سلوك الوحدات الفردية (أفراد، مشروعات، حكومة)، فيدرس المشكلات الاقتصادية الخاصة بها أو بطواهرها الاقتصادية. فطبقا لهذا يتكون الاقتصاد الجزئى من عدة وحدات جزئية يمارس كل منها نشاطه الإنتاجى والاستهلاكى، ويتخذ القرارات الاقتصادية التى تقود سلوكه. ومن مجموع هذه الوحدات والقرارات يتكون الاقتصاد القومى والذى يعد محل دراسة الاقتصاد الكلى الذى يرتبط بفكرة الشمول والعلاقات الكلية سواء ماتعلق منها بالكميات الكلية (الحجم الكلى للإنتاج والتشغيل ومستوى الأسعار) أو ماتعلق منها بالقرارات والسياسات على المستوى القومى (الاستثمار القومى والإنفاق القومى).

- الأستاذ الدكتور/ عادل حشيش، الأستاذة الدكتورة / زينب عوض الله، مبادئ علم الاقتصاد، دار الجامعة الجديدة، ١٩٩٩م، الصفحات ٥١ : ٥٦.

التي تعزز الصحة الأفضل، كما يمكن أن يؤدي إلى المزيد من التعليم والتدريب.^(١)

وتركز أبحاث الاقتصاد الجزئي دائما على العلاقة بين الصحة والنتائج الاقتصادية على مستوى الأسرة والأفراد. مثل هذه الأبحاث عادة تنظر في العلاقات القائمة بين الموارد البشرية، ولا سيما التعليم والصحة، ونتائج سوق العمل (العمالة، والأجور والإنتاجية، وقرارات التقاعد). وكان هناك جزء كبير من الكتابات عن الاقتصاد الجزئي في الماضي تتركز حول الاهتمام بنتائج دور التعليم والتدريب على العمل. إلا أنه في الآونة الأخيرة ركزت على العمل في هذا المجال والعلاقة السببية بين الصحة والإنتاجية، وخاصة في البلدان المنخفضة الدخل والبلدان المتوسطة الدخل. وتساهم الاستثمارات في مجال الصحة على حد سواء مباشرة في الإنتاجية الفردية وإكمال التعليم والاستثمار في رأس المال المادي.^(٢)

كما لاحظ أحد العلماء أن هناك علاقة بين الصحة والدخل ووجدوا أن نصف الزيادة في متوسط العمر المتوقع يرجع إلى التحسن في مستوى الدخل.^(٣)

ومن الثابت أن الدخل يتحقق للفرد على أثر قيامه بالعمل والإنتاج الذي لا يتم إلا عن طريق الجهد الذي يبذله الإنسان. ولكن الإنسان وما يبذله من عمل ليس مجرد عنصر من عناصر العملية الإنتاجية، إذ إنه جوهر

1) Kevin Chan, Understanding Global Health, Economics and Global Health, op. cit., pg. 270.

2) Jennifer P. Ruger, Dean T. Jamison, David E. Bloom and David Canning, International Public Health: Diseases, Programs, Systems and Policies, Health and the Economy, Editors by Michael H. Merson, Robert E. Black and Anne J., Mills Jones & Bartlett Publishers, 2 edition, 2005, pg. 604.

3) Preston S A., Population and Economic Change in Developing Countries, University of Chicago Press, 1982, pp. 93 : 120.

النشاط الاقتصادي والغرض منه. فالنشاط الاقتصادي قد وجد لإشباع حاجات الإنسان، والعمل لا يعدو أن يكون جانباً من جوانب حياة الإنسان ولكنه جانب أساسي، فعندما نتكلم عن العمل فإننا نتكلم عن الحياة.^(١)

ولقد ثبت وجود علاقة إيجابية بين الدخل ومصادر الطاقة التي يحصل عليها الأفراد والإنتاجية. فارتفاع دخول الأفراد يعطي الناس مزيداً من القدرة على شراء المواد الغذائية، وتحسين استخدام الطاقة وعناصر الغذاء الصحي، وبالتالي تحسين الإنتاجية التي تعززها العوامل السابقة. كما أشارت البحوث التاريخية الهامة في هذا المجال، إلى أن التحسن في التغذية الصحية ساهم في النمو الاقتصادي لبريطانيا وفرنسا منذ حوالي عام ١٧٥٠م. والعكس صحيح فإن ضعف المستوى الصحي للأفراد له آثار سلبية على إنتاجية العمالة. وأيضاً المرض والعجز يؤثران على قرارات الأفراد الخاصة بالتقاعد مبكراً. والأثر الاقتصادي لجوانب محددة من الحالة الصحية يمكن تقييمه بتقييم العبء الاقتصادي الناجم عن الأمراض. فالتكاليف الاقتصادية للأمراض عادة ما تتكون من عنصرين هما : (١) التكاليف المباشرة للوقاية والعلاج (٢) والتكاليف غير المباشرة المتمثلة في الوقت الضائع للعمالة بسبب المرض. ولقد وجد بعض العلماء أن حدوث زيادة في تغطية الضمان الاجتماعي في المناطق الريفية يمكن أن يؤدي إلى انخفاض معدل الإصابة ومدة المرض، في حين أن الزيادة في المناطق الحضرية من شأنها أن تؤدي إلى زيادة الميل إلى الإبلاغ عن الأمراض، كما وجدوا أنه على الرغم من الخدمات الأساسية مثل الكهرباء والصرف الصحي ومياه الشرب لها تأثير طفيف للغاية على ارتفاع الإنتاجية، إلا أن السياسات التي تركز على توفير السكن الملائم للمحتاجين لها أثر إيجابي على الصحة والإنتاجية.^(٢)

1 (الأستاذ الدكتور/ حازم الببلاوي، أصول الاقتصاد السياسي، منشأة المعارف، الطبعة الثانية، الصفحات ١٠٢ : ١٣٧.

2) Jennifer P. Ruger, Dean T. Jamison and David E. Bloom, International Public Health, Health and the Economy, op. cit., pg. 622.

ثانياً : أثر الصحة على الاقتصاد الكلي

تقدم أبحاث الاقتصاد الكلي أدلة متنوعة و مختلفة من خلال تقييم تأثير الصحة العامة على الدخل القومي، خاصة بالدول المنخفضة الدخل و الدول المتوسطة الدخل.^(١)

فمن الثابت أن الدخل القومي المرتفع يوفر قدرة أعلى فى إنتاج الكثير من السلع والخدمات التي تعزز الصحة العامة الأفضل، بما في ذلك المزيد من ارتفاع جودة المنتجات الغذائية، والحصول على المياه النظيفة والصرف الصحي المأمون، والإنتاج بجودة أعلى وأكثر اكتمالا للخدمات الصحية العامة. وعلاوة على ذلك، يمكن أن يؤدي إلى تحسين أساليب التعليم والتدريب.^(٢)

ولذلك فالصحة العامة الأفضل غالباً ما تؤدي بشكل مباشر في تحسين شامل للأجور، على صعيد ناتج الاقتصاد الكلي. ولقد استنتج بعض العلماء أن ٤٠ في المئة من الاختلافات بين الدول في معدلات الوفيات يعود إلى الفروق في معدلات نمو الدخل القومي.^(٣)

لعبت الصحة العامة دوراً تاريخياً كبيراً ضمن العوامل المحددة للتقدم الاقتصادي في بريطانيا، على سبيل المثال، استنتج أحد العلماء بأن ٣٠ ٪

= - Jennifer P. Ruger, Dean T. Jamison, David E. Bloom and David Canning, International Public Health: Diseases, Programs, Systems and Policies, Health and the Economy, Editors by Michael H. Merson, Robert E. Black and Anne J., Mills Jones & Bartlett Publishers, 2 edition, 2005, pg. 604.

1) Jennifer P. Ruger, Dean T. Jamison, David E. Bloom and David Canning, International Public Health: Diseases, Programs, Systems and Policies, Health and the Economy, op. cit., 2005, pg. 604.

2) Kevin Chan, Understanding Global Health, Economics and Global Health, op. cit., pg. 270 :271.

3) Pritchett L., Summers LH., Wealthier is Healthier, Journal of Human Resources, 1996, Tom. 31, Vol. 4, pp. 841 : 868.

من دخل الفرد المتعلق بمعدل النمو للدولة يعود إلى التحسن في الحالة الصحية والغذائية العامة.^(١)

وتؤدي الظروف الصحية العامة السيئة لانخفاض متوسط العمر المتوقع وتخفيض مبلغ الاستثمار في رأس المال البشري لأن الآفاق الزمنية للأفراد تصبح قصيرة في استعادة تكاليف استثمار رأس المال البشري. على الأقل الأطفال المرضى لا تكون لديهم الطاقة اللازمة للذهاب إلى المدرسة والتعلم.^(٢)

كذلك تؤثر الأمراض تأثيرا سلبيا على الاقتصاد الكلي، فعلى سبيل المثال ارتبط مرض الملاريا بالرفاهية الاقتصادية سواء على المستوى الداخلي للدولة أو على المستوى العالمي. ففي الحالة الأولى يمكن أن تتسبب الملاريا في تكاليف اجتماعية كبيرة على التعليم، والديموغرافيا، والهجرة، والمخدرات. علاوة على ذلك، فإن الآثار الاقتصادية الكلية يمكن أن تمتد لتشمل التجارة والسياحة والاستثمار الأجنبي المباشر. وفي الحالة الثانية تؤدي الملاريا لانخفاض كبير في حجم التجارة بين الدول المصابة بالملاريا وغير المصابة. ففي الخمسينيات من القرن الماضي، عندما بدأت بلدان جنوب أوروبا مثل اليونان والبرتغال وأسبانيا بالقضاء على الملاريا، ازداد الاستثمار الأجنبي المباشر القادم من شمال أوروبا سريعا بسبب تهيو النمو الاقتصادي.^(٣)

-
- 1) Jennifer P. Ruger, Dean T. Jamison and David E. Bloom, International Public Health, Health and the Economy, op. cit., pg. 632.
 - 2) Kevin Chan, Understanding Global Health, Economics and Global Health, op. cit., pg. 271.
 - 3) Kevin Chan, Understanding Global Health, Economics and Global Health, op. cit., pg. 272.
 - Jennifer P. Ruger, Dean T. Jamison and David E. Bloom, International Public Health, Health and the Economy, op. cit., pg. 625.

ولقد استنتج أحد العلماء تأثير الصحة العامة (الإيجابية والسلبية) على الاقتصاد الكلي من خلال عدد من الآليات وهي: ^(١)

(١) تحسين الإنتاجية التي تنشأ عن صحة القوة العاملة والإقلال من الأمراض والاعتلال الناجم عنها المتصل بالغياب عن العمل.

(٢) زيادة الدخل وارتفاع متوسط العمر المتوقع للأفراد والشركات للاستثمار في السلامة البدنية ورأس المال البشري.

(٣) الزيادة في معدلات ادخار الأفراد الذين هم في سن العمل من أجل مواجهة سنوات تقاعدهم.

الأثر الكبير الهام لتحسين الصحة العامة والذي يمكن أن يؤثر على النمو الاقتصادي يكون من خلال "العائد الديموغرافي". فتحسين الصحة العامة يؤدي إلى انخفاض في معدلات الوفيات، ويعقبه انخفاض معدلات الخصوبة لسنوات. وهذا يؤدي إلى تضخم عدد كبير من السكان. هذه المجموعة من السكان تؤدي في نهاية المطاف لنمو عدد كبير من السكان في سن العمل بالنسبة إلى الشباب والشيخوخة. هذا العدد الكبير في سن العمل، يعتمد على نسبة السكان الذين هم في عمر يعطي فرصة للنمو الاقتصادي. هذا الأمر يحتاج لظروف خاصة مثل الاستقرار السياسي للدولة، وسياسات جيدة للاقتصاد الكلي والانفتاح على التجارة والخالة الصحية العامة الجيدة لتحقيق أقصى قدر من المكاسب. ^(٢)

ولذلك يشكل الإنفاق الحكومي على الرعاية الصحية العامة أحد أكبر بنود الميزانية في أي الحكومة. الإنفاق على الرعاية الصحية يمثل ٨ في المئة من الناتج الإجمالي العالمي، ولكنه يرتفع إلى نحو ١٦ في المائة من

1) Jennifer P. Ruger, Dean T. Jamison and David E. Bloom. International Public Health, Health and the Economy. op. cit., pg. 632.

2) Kevin Chan, Understanding Global Health, Economics and Global Health, op. cit., pg. 272.

الناتج المحلي الإجمالي في الولايات المتحدة الأمريكية.^(١) ولكن تشكل النفقات الصحية العامة عالية جدا في الدول المنخفضة والمتوسطة الدخل عائقا للتقدم والنمو الاقتصادي في الأجل القصير. ويصبح الأمر تحديا كبيرا لمثل هذه الدول في تطوير وسائل تعزيز كفاءة إنتاج الخدمات الصحية العامة ضمن أنظمة الرعاية الصحية العامة.^(٢)

وقد لعبت الجغرافيا دورا كبيرا كأحد العوامل المؤدية إلى النمو الاقتصادي من خلال المنظور الصحي فارتفاع أعباء الأمراض بالمناطق الاستوائية والمدارية أدى إلى بطء النمو الاقتصادي للدول الواقعة بتلك المناطق وتفاوتته مع الدول غير الواقعة بتلك المناطق، الأمر الذي أدى إلى حرمانهم في الأغلب من مزايا التجارة والاستثمارات المباشرة الأجنبية، والتبادل التكنولوجي،^(٣) بالرغم من أن هذه المناطق من أكثر مناطق العالم الغنية بالمواد الأولية والاستخراجية.^(٤)

ومما سبق نخلص إلى أنه نظراً للأهمية الاقتصادية للصحة بكل دولة واختلاف الظروف الجغرافية للدول، هو السبب الذي يدفعها للتعاون على

1) Kevin Chan, Understanding Global Health, Economics and Global Health, op. cit., pg. 273.

2) Jennifer P. Ruger, Dean T. Jamison and David E. Bloom, International Public Health, Health and the Economy, op. cit., pg. 641.

3) Jennifer P. Ruger, Dean T. Jamison, David E. Bloom and David Canning, International Public Health: Diseases, Programs, Systems and Policies, Health and the Economy, op. cit., pg. 615.

- الأستاذ الدكتور / عبد العزيز طريح شرف، البيئة وصحة الإنسان في الجغرافيا الطبية، مؤسسة شباب الجامعة، ص ٥١.

4) من الجدير بالذكر ماقرره الأستاذ الدكتور / محمد السيد غلاب بخصوص الاقاليم الاستوائية إذ يقول :

" لذلك أقتصر العمل الأوروبي في هذا الإقليم على مجرد الاستغلال ولم يحاول أن يستوطنه، وموقفه فيها موقف الجامع للثروة، والمشرف على الاستغلال الاقتصادي "

- الأستاذ الدكتور / محمد السيد غلاب، البيئة والمجتمع، مؤسسة شباب الجامعة، ١٩٩٦م، الصفحات ٦٠ : ٧٨.

المستوى الدولي فى محاولة من كل منها لتحقيق رفاهية شعبيها، ولذلك تعدد قواعد القانون الدولي الصحى من قواعد النظام العام الدولي وهو الأمر الذى يفسر بداية تاريخ التعاون الدولي الصحى يعود إلى القرن التاسع عشر.

المبحث الثانى

خصائص القانون الدولي الصحى

القانون الدولي العام عندما يتفرع لينظم نشاطا من الأنشطة الإنسانية فهو يتأثر بها فيصبح له بعض الخصائص الإضافية التى تتعلق بالنشاط الذى ينظمه، وللقانون الدولي الصحى بعض الخصائص المختلفة الناجمة عن طبيعة النشاط الذى ينظمه حيث يتميز عن الفروع الأخرى للقانون الدولي العام بالآتى: (١)

أولاً: اعتبار قواعد القانون الدولي الصحى من قواعد النظام العام.

نظرا للأهمية الاقتصادية للموضوعات الصحية المتزايدة على المجتمع، فأصبحت قواعد القانون الدولي الصحى من قواعد النظام العام الدولي والتى لا يجوز مخالفتها. ومن أجل ذلك نجد تشريعات منظمة الصحة العالمية تصدر فى شكل توصيات تلتزم بها الدول وتتعهد بتقديم تقارير تعبر عن مدى التزامها بها.

ثانياً: تعد العلوم الطبيعية الصحية الأسس الموضوعية للقانون الدولي الصحى.

لقد ارتبط تاريخ التطور الصحى بتطور العلوم الطبيعية التى بدأت باكتشاف الميكروبات المسببة للأمراض ثم اكتشاف كيفية مكافحتها سواء بالمطهرات أو بالتحصينات أو بالمضادات الحيوية للإنسان المريض، ونشأ بعد ذلك علم التغذية الصحية ليتحقق الجانب الإيجابى من الصحة (الوقائى)، وكذلك البيئة الصحية وهى كل يحيط بالإنسان من مياه وهواء وأرض نظيفة

1 (هذا مقررہ الأستاذ الدكتور / محمد سنامى عبد الحميد فى مقابلة مع سيادته بتاريخ ٢٠٠٧/٩/٤م بمكتب سيادته بكلية الحقوق جامعة الإسكندرية.

خالية من الميكروبات. وجاءت بعد ذلك العلوم الإنسانية منها علم الاجتماع الطبى^(١) وعلم الجغرافيا الطبية^(٢).

فالقوانين العلمية الصحية، مبنية على أسس قواعد العلوم الطبيعية التى تهدف إلى حماية صحة الإنسان.^(٣)

ولا تقل العلوم الإنسانية - وبالأخص القانونية - أهمية عن العلوم الطبيعية فى هذا المجال، فقد كانت تعد الميكروبات فى الماضى هى السبب الرئيسى لمختلف الأمراض التى تصيب الإنسان. إلا أنه ظهر الآن العديد من سلوكيات الإنسان الضارة التى تضر صحته فعلى سبيل المثال، ظهرت أنواع معينة من السرطان ارتبطت بالعادات الشخصية الضارة (التبغ، والنظام الغذائي)، أمراض القلب مرتبطة ارتباطا وثيقا بسلوكيات الإنسان (النظام الغذائي، أهمية ممارسة التمارين الرياضية، والتدخين أو الإجهاد). وكذلك الأمراض المنقولة جنسيا (بما فيها فيروس نقص المناعة البشرية / الإيدز)، وحالات الحمل غير المرغوب فيها، والعنف الجنسى من المشاكل الصحية الناجمة عن السلوك الإنسانى الضار. التلوث البيئي هو أيضا إلى حد كبير

1 (الدكتور/عبد المجيد الشاعر، الدكتور / رشدى قطاش، علم الاجتماع الطبى، دار اليازورى العلمية، الأردن، عام ٢٠٠٠م، الصفحات ٢١ : ٥٥.

2 (الأستاذ الدكتور/ عبد العزيز طريح شرف، البيئة وصحة الإنسان فى الجغرافيا الطبية، مرجع سابق، الصفحات ٧ : ٤١.

3 (من الجدير بالذكر مآقرره الأستاذ المرحوم الدكتور / عبد العزيز طريح شرف فى هذا الخصوص: "من الواضح أن الأطباء محتاجون إلى دراسات لجغرافية العناصر البيئية التى لها علاقة بالأمراض وإلى دراسة الخرائط التى توضح هذه العلاقة، إلا أن أساسهم الجغرافى يكون عادة غير كاف لمساعدتهم على التعمق فى هذه الدراسات، ومن الواضح أن الجغرافيين محتاجون إلى معرفة الأمراض التى تؤثر على حياة الإنسان وعلى مظاهر نشاطه المختلفة، إلا أن أساسهم الطبى لا يساعدهم على معرفة هذه الأمراض المعرفة الكافية "

- الأستاذ المرحوم الدكتور/ عبد العزيز طريح شرف، البيئة وصحة الإنسان فى الجغرافيا الطبية، مرجع سابق، ص ٤.

نتاجا للسلوك الضار الفردي والجماعي (الأنشطة الاقتصادية، استخدام السيارات، أو طرق التخلص من النفايات).^(١)

ولذا تقوم الدول بسن القوانين لضبط السلوك الإنساني من أجل حماية صحة الإنسان. فعلى سبيل المثال، في الماضي عندما تأكد للعلوم الطبيعية الصحية مسببات الأمراض وكيفية انتقالها بين الشعوب، أبرم في عهد المكتب الدولي للصحة العامة العديد من الاتفاقيات الدولية تتضمن التدابير اللازمة لمكافحتها. أما في الوقت المعاصر فعندما ثبتت أضرار التدخين على صحة الإنسان قامت منظمة الصحة العالمية بإبرام الاتفاقية الإطارية لمكافحة التبغ.^(٢) وبالنسبة لعدوى الأمراض فقد أصدرت منظمة الصحة العالمية اللوائح الصحية الدولية تتضمن التدابير اللازمة لمكافحتها.^(٣)

1) David P. Fidler, *International Law and Public Health*, op. cit., pp. 5: 6.

- من الجدير بالذكر ماقرره David P. Fidler في هذا الخصوص :

" Perhaps because human behavior is the most complex challenge imaginable, public health has often neglected the behavioral dimension of health. For example, traditional public health programs designed to control sexually transmitted disease tended to focus on diagnosis and treatment, rather than on sexual behavior itself. Similarly, family planning programs emphasized making a range of safe and acceptable contraceptive options available (an extremely worthy objective), yet they also generally avoided discussions of sexuality."

- من الجدير بالذكر في هذا الخصوص أيضا ما قرره الأستاذ الدكتور / سمير تباغو :

" رغم التداخل المتصور بين القوانين الطبيعية، وبين قوانين السلوك، فإن الفارق البارز بينهم يكمن في أن قواعد السلوك تخاطب إرادة الإنسان بقصد تقويم هذه الإرادة. أما القواعد الطبيعية فهي تصف الطبيعة بقصد تقرير ماهي عليه."

الأستاذ الدكتور / سمير تباغو، النظرية العامة للقانون، منشأة المعارف، ص ٣٤.

2) مصدر اتفاقية منظمة الصحة العالمية، موقع المنظمة على شبكة المعلومات الدولية (الإنترنت) : <http://www.who.int/fctc/en/index.html>

3) اللوائح الصحية الدولية، موقع منظمة الصحة العالمية على شبكة المعلومات الدولية (الإنترنت) : <http://www.who.int/csr/ihr/ar/index.html>

مما سبق يتبين أن القانون الدولي الصحي يبني على أسس ومسائل علمية بحتة، ويجب أن لا يغيب عن البال أن تطور القانون الدولي الصحي يرتبط بالتطور في مجالات العلوم الصحية.^(١)

ثالثاً: الطابع العالمي في إصدار قواعد التشريعات الدولية الصحية

لما كان تعريف الصحة الوارد بديباجة دستور منظمة الصحة العالمية هي " حالة من اكتمال السلامة بدنياً وعقلياً واجتماعياً، لا مجرد انعدام العجز والمرض"، لذا تصبح حماية صحة الإنسان تشمل حماية جسده وعقله ومجتمعه. ويترتب على ما سبق أن منظومة الأمم المتحدة تشكل المصدر الرئيسي للقانون الدولي الصحي، وتلعب منظمة الصحة العالمية في ذلك دور سلطة التوجيه والتنسيق في هذا المجال. فتصدر منظمة الصحة العالمية التشريعات الدولية الصحية بمقتضى سلطاتها التشريعية الواردة بالدستور أو تشترك مع منظومة الأمم المتحدة في وضع التشريعات الدولية الصحية وفقاً لآليات التنسيق الواردة بدستورها بينها وبين منظومة الأمم المتحدة.^(٢)

الاختصاصات الممنوحة لمنظمة الصحة العالمية في إطار دستورها دفعها لأن تعبر وتتجاوز بكثير نطاق مراقبة المرض وتقديم الرعاية الصحية. فتهتم منظمة الصحة العالمية منذ نشأتها بمسائل البيئة، وحقوق الإنسان، وإنتاج وتسويق المنتجات الغذائية والصيدلانية وصحة العمال، والتثقيف الصحي، والجوانب ذات الصلة بالصحة والتنمية، وتعاطي الأدوية، ورعاية الأمومة والطفولة وماشابه ذلك. ومع ذلك، فإن منظمة الصحة العالمية ليست المنظمة الوحيدة التي لها مصلحة في هذه المجالات المختلفة.

1) Michel Bélanger, The Future of International Health Legislation,, International Digest of Health Legislation, W. H. O., Genva, 1989, Vol. 40, No. 1, pg. 2.

2) V. S. Mihajlov, International Health Law : Current Status and Future Prospects, International Digest of Health Legislation, W. H. O., Genva, 1989, Vol. 40, No. 1, pp. 11 : 12.

الأمم المتحدة (على سبيل المثال، لجنة حقوق الإنسان أو لجنة القضاء على التمييز ضد المرأة وغيرهم)، وكذلك وكالات الأمم المتحدة المتخصصة مثل منظمة العمل الدولية ومنظمة الأغذية والزراعة ومنظمة الأرصاد الجوية وغيرهم تتعامل منظمة الصحة العالمية معهم كسلطة توجيه وتنسيق لحماية الصحة.^(١)

رابعاً: مقاصد القانون الدولي الصحي إيجابية إلى حد كبير:

الفترة السابقة للحرب العالمية الثانية كان القانون الدولي الصحي يهدف لمكافحة الأمراض والقضاء عليها وهو الجانب السلبي للصحة، ولكن بعد الحرب ونشأة منظمة الصحة العالمية حيث اهتمت بتعزيز الصحة والوقاية من الأمراض وهو الجانب الإيجابي للصحة، وبخلاف ما تصدره الأمم المتحدة ووكالاتها المتخصصة من تشريعات دولية صحية من أجل حماية صحة المجتمع الدولي (بيئة، تغذية، والحماية الاجتماعية لفئات من الأفراد)، فأصبحت مقاصد القانون الدولي الصحي الإيجابية كثيرة ومتنوعة تمشياً مع وظيفة القانون الدولي الصحي وهي الارتقاء بصحة الشعوب لأعلى مستوى ممكن.^(٢)

خامساً: المرونة الكبيرة في تطوير القانون الدولي الصحي:

لما كان القانون الدولي الصحي يبنى على أسس العلوم الطبيعية الصحية، فمن الطبيعي أن يواجه مشكلات التطور السريع والمتلاحق الذي يحدث في مجال العلوم الطبيعية الصحية. وفي الحقيقة، فإنه نظراً لاشتراك الأمم المتحدة ووكالاتها المتخصصة بالتنسيق مع منظمة الصحة العالمية في

-
- 1) M. F. Lucker-Babel, A New Challenge For International Cooperation In Health Matters, International Digest of Health Legislation, W. H. O., Geneva, 1989, Vol. 40, No. 1, pp. 27 : 28.
 - 2) Michel Bélanger, The Future of International Health Legislation, International Digest of Health Legislation, W. H. O., Geneva. 1989, Vol. 40, No. 1, pg. 2 : 3.

إصدار الصكوك الدولية المختلفة للقانون الدولي الصحى جعله شديد المرونة
فى التطور لملاحقة التطورات العلمية فى مجال العلوم الطبيعية الصحية.^(١)

1) V. S. Mihajlov, International Health Law : Current Status and Future Prospects, International Digest of Health Legislation, W. H. O., Genva, 1989, Vol. 40, No. 1, pp. 12 : 14.

الفصل الرابع مصادر القانون الدولي الصحي

للقانون الدولي الصحي خصوصية في مصادره، نظرا لطبيعة النشاط الذي ينظمه. لذلك فقد قرر البعض من فقهاء القانون الدولي^(١) إلى أن العرف لا يصلح أن يكون مصدرا من مصادر القانون الدولي الصحي ويستندون في ذلك بأن قواعد القانون الدولي الصحي تستند في الأصل على القوانين والحقائق العلمية الخاصة بالعلوم الطبيعية التي تحقق صحة الإنسان، بخلاف أن معظم أمراض العصر تأتي من سلوكيات الإنسان تضر به لدرجة المرض مثل أمراض التدخين والإدمان والعلاقات الجنسية غير السليمة..... وغيره. وحيث أنه من الثابت تاريخيا لم تنشأ قاعدة قانونية دولية صحية عرفية. ونفق إلى ما ذهب إليه البعض من الفقهاء ونضيف بأنه تاريخيا ارتبطت الصحة ارتباطا وثيقا بالسيطرة على الأمراض المعدية والأوبئة، إلا أنه حديثا الصحة أصبحت تمثل تحديا أساسيا بسبب المشاكل الناجمة عن سلوك الإنسان، الفردية والجماعية على السواء. فالأسباب الرئيسية للوفاة في العالم الحديث تعود إلى حد كبير بسبب سوء سلوك الإنسان. فعلى سبيل المثال، العديد من أنواع السرطان ترتبط بالعادات الشخصية (التبغ، والنظام الغذائي).^(٢) ولما كان العرف قاعدة سلوكية تواتر أشخاص الجماعة الدولية عليها، فليس من المتصور أن تنشأ قاعدة قانونية دولية عرفية في مجال الصحة الدولية.

(1) ما قرره الأستاذ الدكتور/ محمد سامي عبد الحميد في مقابلة مع سيادته بتاريخ ٢٠٠٧/٩/٤م بمكتب سيادته بكلية الحقوق جامعة الإسكندرية.

- Michel Bélanger, Droit International De La Santé, op. cit., pg. 39.
- David P. Fidler, International Law and Infectious Diseases, -op. cit., pp. 98 : 108.
2) David P. Fidler, International Law and Public Health, op. cit., pg. 5 : 6.

ولذا نستبعد العرف من قواعد القانون الدولي الصحي، ونستعرض
مصادره في المباحث الآتية :

المبحث الأول : المعاهدات.

المبحث الثاني : قرارات المنظمات الدولية.

المبحث الثالث: المبادئ العامة للقانون.

المبحث الرابع: أحكام المحاكم وكتابات كبار الفقهاء.

المبحث الأول

المعاهدات

تمهيد:

تعد المعاهدات من أقدم مصادر القانون الدولي الصحي، حيث سبق وأن
أوضحت في تاريخ التعاون الصحي الدولي ما قامت به الدول في النصف
الثاني من القرن التاسع عشر من محاولات لحماية أنفسها من وصول الأوبئة
إليها. وقد أبرمت أول معاهدة دولية صحية عام ١٨٩٢م بالرغم من الجهود
العديدة التي بذلت خلال الأربعين عاما التي سبقتها.

وتعرف المعاهدة الدولية بأنها اتفاق مكتوب يتم بين أشخاص القانون
الدولي، بقصد إحداث آثار قانونية معينة طبقا لقواعد القانون الدولي. وبناء
على هذا التعريف ينبغي توافر الخصائص الآتية في المعاهدة:^(١)

أولاً : تبرم المعاهدات بين أشخاص القانون الدولي.

وبناء على ذلك فإن أي اتفاق يجب أن تكون أطرافه من بين أشخاص القانون
الدولي حتى يصبح معاهدة دولية. وقد أكدت محكمة العدل الدولية ذلك في حكمها
الصادر في ٢٢ يوليو ١٩٥٢م في النزاع الخاص بشركة النفط الانجليزية الإيرانية.
حيث كانت الحكومة الإيرانية أبرمت اتفاقاً مع شركة النفط الإنجليزية الإيرانية في

١ (الأستاذ الدكتور / محمد السعيد الدقاق - أصول القانون الدولي العام - الجزء الأول
- دار المطبوعات الجامعية - ١٩٨٩م - الصفحات ٤٧ : ٥٧.

- Vienna Convention on the Law of Treaties 1969, United Nations.
Treaty Series, vol. 1155, pg. 331.

أبريل ١٩٣٣م ثم أصدرت الحكومة الإيرانية قوانين التأمين عام ١٩٥١م واتخذت إجراءات للتطبيق على الشركة المذكورة، وباللجوء لمحكمة العدل الدولية أكدت أن هذا الاتفاق ليس معاهدة حيث إن شركة النفط المذكورة ليست شخصا من أشخاص القانون الدولي. كما قررت المحكمة بأن المملكة المتحدة ليست طرفا في العقد الذى لا يشكل صلة بين الحكومتين ولا ينظم بأى حال من الأحوال العلاقات بينهما.^(١)

أما بالنسبة لأهلية المنظمات الدولية فى إبرام المعاهدات فقد قصرت المادة الأولى من اتفاقية فيينا لقانون المعاهدات نطاق تطبيق الاتفاقية على المعاهدات التى تبرم بين الدول، وهو الأمر الذى حمل واضعى نصوص الاتفاقية للإشارة فى مادتها الثالثة إلى الاتفاقات التى تعقد بين الدول وبين غيرها من أشخاص القانون الدولي الأخرى - المنظمات الدولية - وإلى أن عدم سريان الاتفاقية عليها لا يؤثر على قوتها القانونية، أو إمكانية تطبيق قواعد تلك الاتفاقية عليها بوصفها من قواعد القانون الدولي.^(٢)

كما أكدت محكمة العدل الدولية ذلك فى حكمها الصادر فى ١١ يوليو ١٩٥٠م بشأن قضية إقليم جنوب غرب إفريقيا حيث قررت أن اتفاق الانتداب بين عصبة الأمم واتحاد جنوب إفريقيا على إقليم جنوب غرب إفريقيا يعد من قبيل المعاهدات الدولية. وبذلك اعترفت محكمة العدل الدولية بأهلية المنظمات الدولية فى إبرام المعاهدات.^(٣) ومن الثابت أن أهلية ممارسة المنظمات الدولية لإبرام المعاهدات قد ثبتت لها فى إطار أهداف المنظمة الدولية المنصوص عليها فى الوثيقة المنشئة لها وذلك تطبيقا لنظرية السلطات الضمنية التى استقر عليها القضاء والفقه.^(٤)

-
- 1 (موجز الأحكام والفتاوى والأوامر الصادرة من محكمة العدل الدولية ١٩٤٨م : ١٩٩١م - الأمم المتحدة - نيويورك - ١٩٩٢م - الصفحات ٣٠ : ٣١ .
 - 2 (الأستاذ الدكتور / صلاح الدين عامر، مقدمة لدراسة القانون الدولي العام، مرجع سابق، ص ١٥٨ .
 - 3 (موجز الأحكام والفتاوى والأوامر الصادرة من محكمة العدل الدولية ١٩٤٨م : ١٩٩١م - الأمم المتحدة - مرجع سابق - الصفحات ١٤ : ١٥ .
 - 4 (الأستاذ الدكتور / محمد السعيد الدقاق - أصول القانون الدولي العام - مرجع سابق - ص ٥١ .

ثانياً : يجب أن تفرغ المعاهدة في وثيقة مكتوبة

نصت الفقرة ٢/أ من المادة الثانية بمعاهدة فيينا لقانون المعاهدات بأن تفرغ إرادات الدول بشأن أى معاهدة في وثيقة مطلوبة.^(١) ولعل السبب في ذلك يعود لاعتبارات الوضوح والبساطة.^(٢)

ولا تشترط اتفاقية فيينا لقانون المعاهدات أى شكل شكل آخر، فهي لم تشترط شكلاً يتعلق بكيفية الصياغة، ولم تشترط اللغة التي يجب استخدامها في كتابة المعاهدة.

ثالثاً : أن يتعلق موضوع المعاهدة بالقانون الدولي العام

يتعلق هذا الشرط بالتمييز بين المعاهدات وما قد يتشابه معها من اتفاقات. فموضوع المعاهدة يجب أن يخضع لأحكام القانون الدولي العام، بينما موضوعات الاتفاقات يخرج عن نطاق المعاهدات. فالمعاهدات تبرم بناء على الإرادة الشارعة لأشخاص القانون الدولي بقصد إرساء قواعد قانونية، بينما هناك اتفاقات تعد من قبيل العقود ذات الطبيعة الخاصة فهي عقود تبرم في موضوعات لا تخص القانون الدولي أى في شأن من شئون الدول أطراف العقد أو الدول كشخص دولي وفرد أو هيئة خاصة.

ومما سبق تعد المعاهدات الدولية الصحية معاهدة دولية بالمعنى الفني الوارد أعلاه فهي تبرم من المنظمات الدولية الداخلة في منظومة الأمم المتحدة والدول بغرض تنظيم النشاط الصحي الوارد بالمادة ٥٥ في ميثاق الأمم المتحدة، كما تخضع لأحكام اتفاقية فيينا لقانون المعاهدات.

الطبيعة الموضوعية للمعاهدات الدولية الصحية

نظراً لاختلاف طبيعة النشاط الدولي الصحي عن بقية الأنشطة الدولية، ويرجع ذلك لطبيعة النشاط الصحي ذاته، فمن الثابت تاريخياً أن ظهور

1) Vienna Convention on the Law of Treaties 1969, United Nations, Treaty Series, vol. 1155, pg. 332.

2) الأستاذ الدكتور / محمد السعيد الدقاق - أصول القانون الدولي العام - مرجع سابق - ص ٥٤.

مرض فى إحدى بقاع الأرض فىمكن أن ينتشر فى بقية أنحائها. وقد تميزت منظمة الصحة العالمية عن بقية التنظيمات السابقة عليها بأن هدفها عالمى، أى بلوغ جميع الشعوب أرقى مستوى صحى ممكن. ويترتب على ذلك، بأن هدف المنظمة ليس مكافحة الأمراض فقط، وإنما الوقاية منها. ولقد أكد دستور منظمة الصحة العالمية هذه الحقيقة فى عدة نصوص كالآتى:

أولاً: الديباجة.

المبدأ الأول : الصحة هى حالة من اكتمال السلامة البدنية والعقلية والاجتماعية، لا مجرد انعدام العجز والمرض.

المبدأ الثانى : التمتع بأعلى مستوى صحى يمكن بلوغه هو أحد الحقوق الأساسية لكل إنسان دون تمييز.

المبدأ الثالث : صحة جميع الشعوب أمر أساسى لبلوغ السلم والأمن الدوليين، وهى تعتمد على التعاون الأكمل للدول والأفراد.

المبدأ الرابع : ما تحققه أية دولة فى مجال تحسين الصحة وحمايتها أمر له أهميته للجميع.

ثانياً: مواد الدستور:

المادة الأولى : هدف منظمة الصحة العالمية هو أن تبلغ جميع الشعوب أرفع مستوى صحى ممكن.

المادة الثانية : الفقرة (أ) تمارس المنظمة لتحقيق هدفها العمل كسلطة التوجيه والتنسيق فى ميدان العمل الدولى الصحى.

يتضح مما سبق أن تحقيق التعاون الدولى الصحى هو مسئولية جميع الدول أعضاء المجتمع الدولى.⁽¹⁾ وهنا يثور التساؤل حول كيفية تحقيق هذا التعاون بالرغم من تباين المستويات الاقتصادية والاجتماعية والثقافية للدول. بمعنى آخر، كيف تنظم التشريعات الدولية الصحية موضوعاتها فى ظل

1) Andrew Lakoff- Tow Regimes Of Global Health- An International Journal Of Human Rights- Humanitarians And Development- Pennsylvania University- 2010- Vol. 1- No. 1- pp. 59 : 79.

وجود هذا التباين؟ ومن أجل ذلك، درج المجتمع الدولي على إبرام المعاهدات الدولية الصحية في شكل إطارى يشمل جميع المعائل الداخلة في النشاط محل المعاهدة مع ضمان مشاركة جميع الدول أعضاء المجتمع الدولي، وذلك من خلال تقديم الدول الأطراف لتقارير تفيد مدى الوفاء بالتزاماتها تدريجيا وفقا لظروف كل دولة. على سبيل المثال، مجموعة معاهدات حقوق الإنسان، والصحة المهنية، والصحة البيئية، ومعاهدة مكافحة التبغ.

فالمعاهدة الإطارية مثل أى معاهدة دولية ولكنها تنشئ نظاما قانونيا لتنظيم نشاط إنسانى محدد أو لحل مشكلة عامة. وتتضمن المعاهدة الإطارية قواعد عامة تتفق عليها الدول الأطراف يعقبا معاهدات أخرى بين الدول الأطراف تحتوى على قواعد أكثر تفصيلا يطلق عليها بروتوكولات. ولذلك يعد انسحاب الدولة الطرف من المعاهدة الإطارية انسحابا من كافة بروتوكولاتها، ولا يعد انسحاب الدولة من إحدى البروتوكولات انسحابا من المعاهدة الإطارية. ويعود السبب في اتباع هذا الأسلوب، هو المضى قدما بشكل متدرج لضمان امتثال جميع الدول (المتباينة في مستوياتها الاقتصادية والاجتماعية) لالتزامات المعاهدة الإطارية بدءا من وضع التزامات عامة وصولا لوضع التزامات موضوعية أكثر تفصيلا. وقد اتبع هذا الأسلوب في كثير من الأنشطة الدولية الاقتصادية والاجتماعية والتي تتطلب طبيعتها مشاركة جميع الدول أعضاء المجتمع الدولي.⁽¹⁾

1) Marc A. Levy- Robert O. Keohan And Peter M. Haas- Sources Of Effective International Enviromental Protection- Massachusetts Institute Of Technology Press- 2001- pg. 397.

- Thomas Gehring- Integrating Integration Theory: New Functionalism And International Regimes- Global Society- Kent University- U. K. - 1996- Vol. 10- No. 3-pp. 227 : 233.

- Daniel Bodansky- The Framework Convention / Protocol Approach- World Health Organization- Genva- 1999- pp. 17 : 19.

وتحتوى المعاهدات الإطارية عادة على عدة عناصر هي: (١)

١. الهدف والغرض المنشود من المعاهدة.
 ٢. الالتزامات العامة.
 ٣. كيفية إنشاء أجهزة المعاهدة وكيفية عملها (مؤتمر الأطراف- الأمانة العامة- لجان الخبراء).
 ٤. كيفية إنشاء بروتوكولات المعاهدة.
 ٥. آلية لفض المنازعات الناشئة عن تطبيق المعاهدة.
- وبذلك تعالج المعاهدة الإطارية أى مشكلة خطوة بخطوة، وليست بشكل قاطع. ولذا تميل الدول للانضمام لتلك المعاهدات لأنها لا تحتوى على التزامات صارمة. ومما سبق تستطيع أجهزة المعاهدة بناء توافق معرفى وسياسى حول موضوعات محددة، تسهل بعد ذلك إبرام بروتوكولات تتعلق بهذه الموضوعات. وتعتمد المعاهدات الإطارية فى متابعة امتثال الدول الأطراف للالتزاماتها على تقارير تلك الدول، بالإضافة لتقارير المنظمات غير الحكومية والجهات الفاعلة فى أغلب المعاهدات. (٢)
- ومن أمثلة المعاهدات الإطارية فى نطاق القانون الدولى الصحى

هى:

-
- 1) Daniel Bodansky- The Framework Convention / Protocol Approach- World Health Organization- op. cit.- pg. 18.
 - Thomas Gehring- International Environmental Regimes: Dynamic Sectoral Legal Systems- Yearbook Of International Environmental Law- Oxford University Press- 1990- Vol. 1- pg. 38.
 - 2) Durwood Zaelke, Donald Kariaru And Eva Kruzlkova- Making Law Work: Enviromental Compliance And Sustainable Development- Cameron May- U.S.A.- 2005- pg. 61.
 - Glenn M. Wiser- Compliance Systems Under Multilateral Agreements- The Center For International Environmental Law- October 1999- available at www.ciel.org.

- مجموعة معاهدات حقوق الإنسان ابتداءً من العهد الدولي للحقوق المدنية والسياسية والعهد الدولي للحقوق الاقتصادية والاجتماعية وبرتوكولاتهما، وحتى المعاهدة الدولية لحماية جميع الأشخاص من الاختفاء القسري عام ٢٠٠٦م. ويتابع مجلس حقوق الإنسان بالأمم المتحدة امتثال الدول الأطراف للالتزامات الواردة بتلك المعاهدات.
- معاهدة عام ١٩٧٩م لتلوث الهواء طويل المدى والعابر للحدود والتي اعتمدتها الجمعية العامة للأمم المتحدة (التي تعالج الأمطار الحمضية).
- اتفاقية الأمم المتحدة بشأن التغير المناخي، والتي اعتمدتها الجمعية العامة للأمم المتحدة عام ١٩٩٢م، حيث تهدف للحد من الغازات الدفيئة لضبط التغير المناخي. وقد اعتمدت أطراف المعاهدة بروتوكول كيوتو عام ١٩٩٧م والذي يهدف إلى التنسيق المتكامل بين مواجهة التغيرات المناخية والتنمية المستدامة الاقتصادية والاجتماعية.
- معاهدة منظمة الصحة العالمية الإطارية لمكافحة التبغ عام ٢٠٠٣م، والتي تهدف لمكافحة وباء التبغ على المستوى العالمي.

المبحث الثاني قرارات المنظمات الدولية

لعل السمة الأساسية المميزة للمجتمع الدولي في وضعه المعاصر هي انتشار المنظمات الدولية بكافة أنواعها بحيث شملت بنشاطها كافة مجالات الحياة الدولية وتجاوزت في عددها عدد الوحدات الإقليمية المتمتعة بوصف الدولة، ومن ثم لم يعد القانون الدولي في صورته الراهنة قانون الدول فحسب، بل قانونها وقانون المنظمات الدولية أيضاً، خاصة بعد أن استقر الأمر أخيراً على الاعتراف لهذه الكيانات بالشخصية الدولية.^(١)

(١) الأستاذ الدكتور/ محمد سامي عبد الحميد، القيمة القانونية لقرارات المنظمات الدولية كمصدر لقواعد القانون الدولي العام، المجلة المصرية للقانون الدولي، الجمعية المصرية للقانون الدولي، المجلد الرابع والعشرون، ١٩٦٨م، ص ١١٩.

فميثاق المنظمة الدولية يأخذ - عادة - شكل المعاهدة بالمعنى الدقيق، فلا يصبح سارياً نافذ المفعول إلا بعد التصديق عليه وفقاً للقواعد المقررة في القانون الدولي العام في هذا الصدد، والتي قننتها اتفاقية فيينا لقانون المعاهدات، وينطوي الميثاق على نصوص تحدد الموعد الذي يبدأ فيه سريان أحكامه، وذلك بعد تمام إيداع عدد معين من التصديقات.^(١)

وتتضمن المعاهدة المنشئة للمنظمة عادة مجموعة من القواعد القانونية التي تحكم نشاط المنظمة الدولية، الداخلي والخارجي. وهذه القواعد قد لا تكون كافية لمواجهة تطور نشاط المنظمة ولمسايرته للحاجات التي لم يتصورها واضعو تلك المعاهدة عند إبرامها، فتقوم المنظمة باستكمال ما صممت عنه تلك المعاهدة، أو بتفصيل ما أجملته، وذلك على ضوء الهدف الذي أنشئت من أجل تحقيقه.^(٢)

هذه القواعد اللاحقة إما أن تكون في شكل معاهدة أو في شكل قرار، ويعرف القرار بأنه كل تعبير من جانب المنظمة الدولية - يتم على النحو الذي حدده دستورها ومن خلال الإجراءات التي رسمها - عن اتجاه الإرادة الذاتية لها إلى ترتيب آثار قانونية معينة ومحددة سواء على سبيل الإلزام أو التوصية.^(٣)

الطبيعة القانونية لقرارات المنظمات الدولية

كمصدر لقواعد القانون الدولي

أثار الفقه الدولي في أعقاب قيام الأمم المتحدة وتشعب نشاطها ونشاط الوكالات المتخصصة المرتبطة بها وغيرها من المنظمات الدولية، التساؤل

1 (الأستاذ الدكتور/صلاح الدين عامر، قانون التنظيم الدولي، دار النهضة العربية، ٢٠٠١م - ٢٠٠٢م، ص ٢٠٨.

2 (الأستاذ الدكتور/محمد السعيد عبد الجواد الدقاق، النظرية العامة لقرارات المنظمات الدولية ودورها في إرساء قواعد القانون الدولي، رسالة للحصول على درجة الدكتوراة، كلية الحقوق، جامعة الإسكندرية، ديسمبر ١٩٧٣م، الصفحات ٣١ : ٣٤.

3 (الأستاذ الدكتور/محمد سامي عبد الحميد، أصول القانون الدولي العام، القاعدة الدولية، مرجع سابق، ص ١٢٨.

حول مدى اعتبار القرارات التي تصدرها بمثابة مصدر لقواعد القانون الدولي.^(١) فذهب البعض منهم إلى عدم اتصاف قرارات المنظمات الدولية بوصف المصدر لقواعد القانون الدولي استنادا على عدم ذكرها في تعداد المصادر الوارد بالفقرة الأولى بالمادة ٣٨ من لائحة النظام الأساسي لمحكمة العدل الدولية، بينما ذهب آخرون إلى أن هذه القرارات لا تشكل بذاتها مصدرا مستقلا ومتميزا، لأن وصف الإلزام المقترن بها إنما ينبع أساسا من المعاهدة المنشئة للمنظمة، ومن ثم لا تعتبر قرارات المنظمات الدولية مصدرا مستقلا وإنما مجرد نتيجة من نتائج صفة المصدر المتصفة بها.^(٢) غير أن القضاء والفقه الدولي مستقر حاليا بأن قرارات المنظمات الدولية تتصف بوصف المصدر المستقل لقواعد القانون الدولي.^(٣)

ولقد استند القضاء والفقه الدولي^(٤) إلى استنتاج مفاده أن المحكمة، في تطبيق قرارات المنظمات الدولية، تقوم أساسا بتطبيق الاتفاقيات الدولية مثل ميثاق الأمم المتحدة، الذي يعطى سلطة اتخاذ القرار لأجهزتها. فالمحكمة، لذلك، ليست في حاجة للإشارة الصريحة، في المادة ٣٨، الفقرة ١، إلى قرارات المنظمات الدولية باعتبارها مصدرا من مصادر القانون الدولي المتميز عن الاتفاقيات. كما أن الأعضاء عهدوا إلى اللجنة من القانونيين

1 (الأستاذ الدكتور/ صلاح الدين عامر، مقدمة لدراسة القانون الدولي العام، مرجع سابق، ص ٣٧١.

2 (الأستاذ الدكتور/ محمد سامي عبد الحميد، أصول القانون الدولي العام، القاعدة الدولية، مرجع سابق، ص ١٣٣.

3 (الأستاذ الدكتور/ إبراهيم محمد العناني، القانون الدولي العام، مرجع سابق، ص ١٧٦.

4 (من فقهاء هذا الفريق :

- الأستاذ الدكتور/ محمد سامي عبد الحميد، أصول القانون الدولي العام، القاعدة الدولية، مرجع سابق، الصفحات ١٣٥ : ١٣٨.

- الأستاذ الدكتور/ مصطفى أحمد فؤاد، أصول القانون الدولي العام، النظام القانوني، مرجع سابق، الصفحات ٢١٨ : ٢١٩.

- A.J.P. Tammes, Decisions of international organs as a source of international law, R.C.A.D.I., 1958/2, pp. 262 : 343.

ذوي الخبرة الكبيرة في عام ١٩٤٥م، لإعادة النظر في النظام الأساسي القديم للمحكمة الدائمة للعدل الدولي، وبالرغم من أن المادة ٣٨ ليست جيدة الصياغة فالمحكمة الدائمة للعدل الدولي كانت تعمل بشكل جيد في إطارها وكان الوقت لا ينبغي أن يضيع في إعادة الصياغة.^(١)

ولكن لغرض قانوني واضح يمكن اعتبار القرارات مصدر متميز ومنفصل كمصدر من مصادر القانون الدولي. ويتبين هذا من ممارسة محكمة العدل الدولية التي تقوم بالتطبيق والتفسير. كما هو الحال في القانون الوطني، فالمحكمة تتناول قانون يسنه البرلمان، هو تطبيق للدستور، لنفس السبب في القانون الدولي فإنه سيكون من غير العملي عدم الاعتراف بأن تطبيق القرار هو تطبيق شيء مختلف عن الاتفاقية.

وقد استندت محكمة العدل الدولية على قرارات المنظمات الدولية كمصدر لقواعد القانون الدولي في العديد من آرائها الاستشارية منها الفتوى الخاصة بالمركز الدولي لإفريقيا الجنوبية الغربية الصادرة في ١١ يولية ١٩٥١م، وفتوى إجراءات التصويت بشأن المسائل المتعلقة بالتقارير والالتماسات الخاصة بإقليم إفريقيا الجنوبية الغربية الصادرة في ٧ يونية ١٩٥٥م، والفتوى الخاصة بآثار الأحكام بالتعويض الصادرة من المحكمة الإدارية للأمم المتحدة الصادرة في ١٣ يولية ١٩٥٤م، والفتوى الخاصة بالسماح بالإدلاء الشفوي بالآراء أمام اللجنة الخاصة بإفريقيا الجنوبية الغربية الصادرة في ١ يونية ١٩٥٦م، والفتوى الخاصة بأحكام المحكمة الإدارية

(١) من الجدير بالذكر إشارة الأستاذ الدكتور/ محمد سامي عبد الحميد إلى أن العلامة باديفان في مؤتمر الأمم المتحدة الرابع عشر للمنظمة الدولية أقنع اللجنة المختصة بعدم جدوى إثارة هذا البحث، على أساس أنه مما لا شك فيه أن المادة قد تكون مليئة بالعيوب ولكن المحكمة الدائمة لم تجد ثمة صعوبة في العمل تحت ظلها وتطويرها بالدرجة الكافية لمواجهة كافة الحالات والاحتمالات، ومن ثم لا يوجد ما يدعو إلى إضاعة الوقت في النقاش حول تعديل نص لا ضرر من بقاءه على وضعه السابق. الأستاذ الدكتور/ محمد سامي عبد الحميد، أصول القانون الدولي العام، القاعدة الدولية، مرجع سابق، ص ١٣٦.

لمنظمة العمل الدولية بشأن الشكاوى الموجهة ضد اليونسكو الصادرة في ٢٣ أكتوبر ١٩٥٦م^(١)، والفتوى الخاصة ببعض نفقات الأمم المتحدة الصادرة في ٢٠ يونيو ١٩٦٢م المتعلقة بفحص شرعية قرار الجمعية العامة للأمم المتحدة بشأن نفقات حفظ السلام بالكونغو والشرق الأوسط تكون من ضمن نفقات المنظمة العادية. وكانت حجة المحكمة في ذلك بأنه من غير المعقول أن الميثاق ترك مجلس الأمن غير قادر في مواجهة حالة طارئة عند عزم التوصل إلى اتفاق بخصوص النفقات الطارئة وفقا للمادة ٤٣ منه.^(٢)

ونحن إذ نسلم بأن قرارات المنظمات الدولية مصدر لقواعد القانون الدولي للأسباب الآتية :

أولاً : بالنسبة لتعداد مصادر القانون الدولي الواردة في الفقرة الأولى من المادة ٣٨ بلائحة النظام الأساسي لمحكمة العدل الدولي، فهي ذات المادة بلائحة النظام الأساسي للمحكمة الدائمة للعدل الدولي والتي لم يدخل عليها أي تعديل كما اتضح من العرض السابق. وبالإطلاع على النص يلاحظ أنه يخاطب القاضي ويعلمه بمصادر القانون الدولي، وفي حين أن اللائحة السابقة صدرت بقرار من جمعية العصبة (بتاريخ ١٣ ديسمبر ١٩٢٠م)^(٣) ومن الطبيعي أن الإرادة الشارعة لهذه اللائحة لا تنص على أن الطريقة التي صدرت بها تعد من ضمن المصادر بل يفهم بأن هذه الطريقة تعد من قبيل المصادر بداهة، وخاصة أنها لم تثير أية مشكلات في قيام المحكمة بتطبيقها.

ثانياً : ونستطيع أن نحدد أي أنواع القرارات التي تعد من مصادر القانون الدولي؟ بالاستناد على المطابقة بالعناصر المكونة للقاعدة القانونية

1) موجز الأحكام والفتاوى الصادرة عن محكمة العدل الدولية، ١٩٤٨م : ١٩٩١م، الأمم المتحدة، ١٩٩٢م، الصفحات ١٠٤ : ٥٠.

2) موجز الأحكام والفتاوى الصادرة عن محكمة العدل الدولية، ١٩٤٨م : ١٩٩١م، الأمم المتحدة، مرجع سابق، الصفحات ٧٨ : ٨١.

3) A.J.P. Tammes, Decisions of international organs as a source of international law, R.C.A.D.I., 1958/2, pg. 299 .

وهي صدورها من سلطة مختصة على أن تتصف بالعمومية والتجريد والإلزام.

ويعرف القرار بأنه كل تعبير من جانب المنظمة الدولية - يتم على النحو الذي حدده دستورها ومن خلال الإجراءات التي رسمها - عن اتجاه الإرادة الذاتية لها إلى ترتيب آثار قانونية معينة ومحددة على سبيل الإلزام.^(١) ومن هذا التعريف نرى أن قرارات المنظمات الدولية تنقسم إلى قرارات ملزمة وتوصيات، وتنقسم القرارات الملزمة بدورها إلى قرارات تنظم مراكز قانونية فردية وقرارات تتضمن حلول لمشكلات Resolutions Decisions ، وقرارات تنظم أوجه سلوك النشاط الإنساني المختلفة وهي اللوائح أو الأنظمة (Regulations) وهي تلك التي تعد قواعد قانونية بالمعنى الفني.^(٢) وتعد اللوائح بمثابة تشريع دولي ملزم، يأتي قبل التشريع

1 (الأستاذ الدكتور/ محمد سامي عبد الحميد، أصول القانون الدولي العام، القاعدة الدولية، مرجع سابق، ص ١٢٨.

2 (من الجدير بالذكر ماقرره الأستاذ الدكتور/ سمير تناغو في هذا الخصوص " أنه بجانب القرارات الإدارية الفردية التي تصدرها السلطة التنفيذية بشأن أشخاص معينين بالذات، فإنها تصدر أحيانا قرارات تضمن قواعد عامة مجردة وهي التي يطلق عليها اسم اللوائح، وهذه القرارات تصدرها السلطة التنفيذية بما لها من اختصاص أصيل في هذا الشأن تستمد من الدستور مباشرة، وهي لا تعادل التشريع العادي في القوة بل هي أقل منه في الدرجة ولذلك يطلق عليها اسم التشريع الفرعي ". وما قرره الأستاذ الدكتور/ محمد حسين منصور أيضا في هذا الخصوص " تقوم السلطة التنفيذية، في الأصل، بإصدار قرارات إدارية فردية بشأن أشخاص معينين بالذات. وتصدر تلك السلطة، أحيانا، قرارات تتضمن قواعد عامة مجردة، يطلق عليها اسم اللوائح أو التشريع الفرعي. وتتولى تنظيم المسائل الفرعية التي تتميز بكثرة التنوع وسرعة التغير، وتصدرها السلطة التنفيذية باعتبارها قادرة على متابعة الحياة في تنوعها وتغيرها، قريبة من المشاكل اليومية، سريعة الحركة لمعالجتها. ". الأستاذ الدكتور/ سمير تناغو، النظرية العامة للقانون، مرجع سابق، الصفحات ٣٣١ : ٣٣٢.

الأستاذ الدكتور/ محمد حسين منصور، نظرية القانون، دار الجامعة الجديدة، ص ٢٢٨.

الوطني في أولوية التطبيق، وسلطة إصدارها اليوم لا يعترف بها إلا لبعض المنظمات الدولية التي تعمل في مجالات التعاون الفني، مثل الإتحاد الدولي للمواصلات السلوكية واللاسلكية ومنظمة الصحة العالمية ومنظمة الطيران المدني الدولية أو لبعض المنظمات الدولية ذات الأوضاع المتميزة كالجماعات الأوروبية.^(١) فالعبرة لاعتبار القرار مصدرا لقواعد القانون الدولي من عدمه هي مضمون القرار وليس الشكل الذي صدر به.^(٢)

أما بالنسبة للتوصيات، فقد قرر الأستاذ الدكتور/ محمد السعيد الشقاق إلى أنها لا تخرج عن كونها التزام أدبي أو أخلاقي بعد استبعاد القرارات الملزمة التي يطلق عليها توصيات. وانتهى سيادته إلى " أنه لا يحكم العلاقات الدولية سوى نوعين من القواعد : القواعد القانونية الملزمة بالمعنى الدقيق، وقواعد المجاملات الدولية القائمة على فكرة المعاملة بالمثل. ولا يوجد بين أو بعد هذه وتلك طائفة ثالثة من القواعد التي تحكم العلاقات الدولية ".^(٣)

- ومن الجدير بالذكر أيضا ماقرره الأستاذ الدكتور/صلاح الدين عامر " ونحن من جانبنا نرى أنه من الصعب قبول القول باعتبار قرارات المنظمات الدولية بمثابة التشريع الدولي، حتى يتسنى القول بأنها تعد مصدرا شكليا مباشرا من مصادر القانون الدولي، ذلك لأن طائفة محددة من قرارات المنظمات الدولية (التي تعتبر من المصادر الشكلية المباشرة للقانون الدولي) هي التي يمكن أن توصف بأنها بمثابة نوع من التشريع الدولي ونعني بها اللوائح التي تصدر عن المنظمات الدولية، سواء كانت متعلقة بالنشاط الداخلي للمنظمة، أم وضعت لتطبق مباشرة في أقاليم الدول الأعضاء. "

الأستاذ الدكتور/ صلاح الدين عامر، مقدمة لدراسة القانون الدولي العام، مرجع سابق، الصفحات ٣٨٢ : ٣٨٣.

١ (الأستاذ الدكتور/ صلاح الدين عامر، مقدمة لدراسة القانون الدولي العام، مرجع سابق، ص ٣٧٦.

٢ (الأستاذ الدكتور/ إبراهيم محمد الغناني، القانون الدولي العام، مرجع سابق، ص ١٧٧.

٣ (الأستاذ الدكتور/ محمد السعيد عبد الجواد الدقاق، النظرية العامة لقرارات المنظمات الدولية ودورها في إرساء قواعد القانون الدولي، مرجع سابق، الصفحات ١٤٣ : ١٥٧.

كما قرر جانب من الفقه^(١) فى تأصيل الطبيعة القانونية للتوصيات بكونها التزام قانونى ناقص فهى مثل أى التزام قانونى مكون من عنصرى المديونية والمسئولية ولكن ينقصها العنصر الأخير. فمتى قبلت الدولة الالتزام فيكون قد تحقق عنصر المسؤولية وتصبح ملتزمة بتنفيذها.

كما أستشهد جانب من الفقه^(٢) بعدة أمثلة لمنظمات دولية ورد بدساتيرها نصوصا تتضمن مراقبة المنظمة على التزام الدول أعضائها بتنفيذ توصياتها السابق موافقتهم عليها، منها المادة ٦/١٩ بدستور منظمة العمل الدولية والمادة ٤/ب٤ بدستور منظمة اليونسكو والمادة ٢/٤ بدستور منظمة الأغذية والزراعة. وانتهى سيادته إلى التقرير " بوجود اتجاه فى قانون المنظمات الدولية يضيف قيمة قانونية للتوصيات، ولكنه لم يجرز تقدما فى ثلاثة إتجاهات على الأقل هى:

١. التوصيات الموجه للدول الأعضاء تعتبر بمثابة تعبير عن وظيفة تشريعية دولية، بعد موافقة الدول الأعضاء عليها.

٢. هذه التوصيات تبدو فى صورة القرارات الملزمة للمخاطبين بها، ولكنها تعطى هؤلاء سلطة تقديرية واسعة، وبذلك تعد بمثابة التوجيه السياسى الدولى.

٣. بالرغم من أن هذه التوصيات ليست ملزمة بالمعنى الكامل، فإنها تستطيع أن تقرر بعض المزايا القانونية للدول التى تحترمها."

ولعل من أبرز الأمثلة ذلك ما جاء بالملحق الحادى عشر من ملاحق معاهدة السلام التى عقدت مع ايطاليا، عقب الحرب العالمية الثانية، حيث نص فى حالة عدم اتفاق الحلفاء خلال فترة محددة على مصير الأقاليم الخاضعة للاستعمار الإيطالى يعهد للأمم المتحدة القيام بتلك المهمة، وهو ما

١ (الأستاذ الدكتور/ محمد سامى عبد الحميد، أصول القانون الدولى العام، القاعدة الدولية، مرجع سابق، الصفحات ١٣٠ : ١٣١.

٢ (الأستاذ الدكتور / عبد العزيز محمد مروحان - النظرية العامة للتنظيم الدولى - القاهرة - دار النهضة العربية - ١٩٨٩م - الصفحات ٢٣٣ : ٢٣٥.

حدث فعلا، حيث قامت الجمعية العامة للأمم المتحدة بهذا العمل بموجب التوصية رقم ٢٦٩ التي أصدرتها بتاريخ ٢١ نوفمبر ١٩٤٩م خلال دورتها الرابعة والتوصية رقم ٣٩٠ التي أصدرتها بتاريخ ٢ ديسمبر ١٩٥٠م أثناء دورتها الخامسة، وهو ما حمل العديد من وفود الدول على الإشارة إلى القوة الملزمة لهاتين التوصيتين.^(١)

مما سبق نرى أن التوصية إذا تضمنت التزاما فهي تعد قراراً ملزماً. أما إذا لم تتضمن التزاما فهي توصية لا تخرج عن كونها التزاماً أدبياً أو أخلاقياً.

وبالنسبة لمنظمة الصحة العالمية فقد منحت المادة ٢٣ من دستورها جمعية الصحة سلطة إصدار التوصيات للدول الأعضاء في أي موضوع يدخل في اختصاصها، وأعقبها نص المادة ٦٢ بأن تقدم الدول الأعضاء تقريراً سنوياً عما اتخذته من إجراءات فيما يتعلق بالتوصيات التي قدمتها إليها المنظمة.^(٢) وبمقتضى هذه المادة تعد توصيات جمعية الصحة قرارات ملزمة، حيث تراقب المنظمة قيام أعضائها بتنفيذ هذه التوصيات من خلال الالتزام بتقديم تقارير سنوية تفيد تنفيذها.

المبحث الثالث

المبادئ العامة للقانون

جاء بالمادة الثامنة والثلاثين من النظام الأساسي لمحكمة العدل الدولية في فقرتها الأولى (ج) بأن تطبق المحكمة المبادئ العامة للقانون التي أقرتها الأمم المتحدة للفصل في المنازعات التي ترفع إليها.^(٣)

١ (الأستاذ الدكتور/ صلاح الدين عامر، مقدمة لدراسة القانون الدولي العام، مرجع سابق، ص ٣٨٠.

٢ (دستور منظمة الصحة العالمية - الوثائق الأساسية - منظمة الصحة العالمية - مرجع سابق - صفحتي ٦، ١٢.

٣ (المصدر ميثاق الأمم المتحدة في شبكة الأنترنت :

http://www.un.org/arabic/aboutun/charter/un_charter_arabic.pdf

وقد فضلنا عدم ذكر " الأمم المتمدينة " في عنوان المبحث لأنه أثر من آثار العهد الذي كان القانون الدولي فيه قانونا أوربيا مسيحيا لا ينطبق إلا على الدول المسيحية الأوروبية المعتبرة وحدها - في نظر مسيحي هذا العهد - أمما متمدينة.

والمعروف أن القانون الدولي العام فقد طابعه الأوربي المسيحي نهائيا بتأسيس عصبة الأمم في أعقاب الحرب العالمية الأولى. ثم تأكد طابعه العالمي مرة ثانية بإنشاء الأمم المتحدة في أعقاب الحرب العالمية الثانية، والنص في ميثاقها على مبدأ المساواة في الخضوع للقانون لكافة الدول^(١) بصرف النظر عن اعتبارات الجنس أو الدين، ومن ثم أصبح اصطلاح " الأمم المتمدينة " لا يتماشى مع الطابع العالمي الراهن للقانون الدولي العام، وأصبح من المسلم به في الفقه والقضاء الدوليين أن المقصود بهذا الاصطلاح - في هذا المجال - هو كافة الأعضاء في الجماعة الدولية.^(٢)

وتبرز أهمية القواعد المستمدة من المبادئ العامة للقانون حينما يتعذر استخلاص قواعد مستمدة من المعاهدات أو العرف الدوليين للحكم على النزاع المعروض.^(٣) وهو الأمر الذي أكدّه العضو الفرنسي Lapradelle

1 (نص المادة الثانية من ميثاق الأمم المتحدة في شبكة الأنترنت :

http://www.un.org/arabic/aboutun/charter/un_charter_arabic.pdf

2 (الأستاذ الدكتور/ محمد سامي عبد الحميد، أصول القانون الدولي العام، القاعدة الدولية، مرجع سابق، ص ١٥٩.

3 (الأستاذ المرحوم الدكتور/ محمد حافظ غانم، مبادئ القانون الدولي العام، دار النهضة العربية، ١٩٧٢م، ص ٨٤.

- الأستاذ الدكتور/ محمد السعيد الدقاق، القانون الدولي العام، الجزء الأول، دار المطبوعات الجامعية، ١٩٨٩م، ص ٢٦٠.

- الأستاذ الدكتور/ مصطفى أحمد فؤاد، أصول القانون الدولي العام، النظام القانوني الدولي، الجزء الثاني، مرجع سابق، ص ٢٢٦.

- الأستاذ الدكتور / أحمد أبو الوفاء، الوسيط في القانون الدولي العام، مرجع سابق، ص ٢٠٨.

- Malcolm N. Shaw, International Law, Cambridge University Press, Sixth Edition, 2008, pg.98.

باللجنة المشكلة من جمعية عصبة الأمم لإعداد النظام الأساسي للمحكمة الدائمة للعدل الدولي حيث قرر: ^(١)

" It is not possible to admit a declaration of a non-liquet by an international court; denial of justice must be excluded from the international court.

فلا يمكن للنظام القانوني أن ينظم قواعد محددة لكافة الموضوعات التي ينظمها. فلا بد من وجود ثغرات في أي مجموعة من القواعد. ومن هنا تأتي الحاجة إلى اللجوء إلى المبادئ العامة للقانون، التي توفر إلى حد ما قواعد السلوك التي يمكن استنتاجها من مختلف القواعد وتعميمها للتطبيق على المنازعات. ^(٢)

ونعرض المبادئ العامة للقانون كمصدر من مصادر القانون الدولي الصحي من خلال مطلبين هما :

المطلب الأول : التعريف بالمبادئ العامة للقانون.

المطلب الثاني : المبادئ العامة للقانون كمصدر للقانون الدولي الصحي.

المطلب الأول

التعريف بالمبادئ العامة للقانون

يقصد بالمبادئ العامة للقانون كل مبدأ يشكل قاعدة بلغت من العمومية والتجريد الأهمية التي تجعلها أساسا للعديد من القواعد التفصيلية المتفرعة منها. ^(٣) ولكن يثور تساؤل حول ما هو مصدر المبادئ العامة للقانون ؟

1) A.E. Boyle and C. Chinkin, The Making of International Law, Oxford University Press, 2007, pg. 285 .

2) Antonio Cassese, International Law, Oxford University Press, First Published, 2001, pg. 151 .

3) الأستاذ المرحوم الدكتور/ محمود سامي جنيبة، القانون الدولي العام، القاهرة، مطبعة لجنة التأليف والترجمة والنشر، ١٩٣٨م، ص ٤٨.

- الأستاذ الدكتور/ محمد سامي عبد الحميد، أصول القانون الدولي العام، القاعدة الدولية، مرجع سابق، ص ١٥٩.

أولاً: في مجال القانون الداخلي للدولة .

فقد ذهب جانباً^(١) من فقهاء القانون المدني إلى أن المبادئ العامة للقانون هي الأفكار التي تصدر عن الفكرة العامة للوجود أو عن التصور العام عن الكون والحياة في مجتمع معين والتي تؤدي إلى استنباط مجموعة القواعد القانونية الوضعية التي تنظم سلوك الأشخاص في هذا المجتمع. بينما ذهب جانباً آخر^(٢) من فقهاء القانون المدني إلى أن المبادئ العامة للقانون هي مجموعة المبادئ التي استقرت في ضمائر الناس وتعبّر عن الإرادة الجماعية في المجتمع، وتتسم تلك المبادئ بالعمومية، ومن ثم يمكن أن يشتق منها الكثير من القواعد التي تجد لها العديد من التطبيقات. وتقوم المبادئ العامة أما على أساس مجموعة النصوص القانونية مثل مبدأ المساواة ومبدأ حرية التعاقد ومبدأ سلطان الإرادة، وأما أن تقوم على التراث الديني والاجتماعي والقانوني مثل مبدأ حرية العقيدة ومبدأ حرمة الحياة الخاصة، وقد تستند أخيراً إلى أصول المنطق مثل قاعدة أن فاقد الشيء لا يعطيه ولا تكليف إلا بمقدور.

ثانياً: في مجال القانون الدولي...

ذهب جانباً^(٣) من فقهاء القانون الدولي إلى تقسيم المبادئ العامة للقانون إلى ثلاثة أنواع هي :

-
- == الأستاذ الدكتور/ مفيد محمود شهاب، المجلة المصرية للقانون الدولي، الجمعية المصرية للقانون الدولي، المجلد الثالث والعشرون، ١٩٦٧م، ص ١.
- الأستاذ الدكتور/ محمد السعيد الدقاق، الأستاذ الدكتور/ إبراهيم أحمد خليفة، القانون الدولي العام، الإسكندرية، ٢٠٠٨م، ص ٢١٧.
- الأستاذ الدكتور/ مصطفى أحمد فؤاد، أصول القانون الدولي العام، النظام القانوني الدولي، الجزء الثاني، مرجع سابق، ص ٢٢٧.
- 1 (الأستاذ الدكتور/ سمير تناعو، النظرية العامة للقانون، منشأة المعارف، ص ٢٣٧.
- 2 (الأستاذ الدكتور / محمد حسين منصور، نظرية القانون، دار الجامعة الجديدة للنشر، ٢٠٠٤م، ص ٣٨٠.
- 3 (الأستاذ الدكتور/ محمد طلعت الغنيمي، الأحكام العامة في قانون الأمم، قانون السلام، منشأة المعارف، ص ٥٠٩.

١. مبادئ تعالج وتفسر كافة أنواع العلاقات القانونية.

لعل أوسع مبدأ من مبادئ القانون الدولي هو مبدأ الأنصاف. وقد استخدم بشكل ملحوظ في بعض قواعد اتفاقية الأمم المتحدة لقانون البحر عام ١٩٨٢م. فعلى سبيل المثال جاء بالمادة ٥٩ يتعين حل النزاعات بين الدول الساحلية بشأن المنطقة الاقتصادية الخالصة " على أساس من الإنصاف ". وجاء بالمادة ٧٤ بأن يتم تعيين حدود المنطقة بين الدول ذات السواحل المتقابلة أو المتلاصقة عن طريق التوفيق بناء على أسس القانون الدولي من أجل التوصل إلى حل منصف.^(١)

٢. مبادئ تتضمن الحد الأدنى من العدالة...

شكلت مجموعة من مبادئ هذا النوع أهمية خاصة في مجال مسؤولية الدولة، منها مبدأ عدم جواز أن يجمع شخص بين وظيفة القاضي والمدعى العام في الوقت ذاته ومبدأ عدم جواز القضاء في دعوى دون إعطاء الخصم فرصته لسماع دفاعه.

٣. مبادئ موضوعية لها من الانتشار والعجية في القوانين الداخلية ما يؤهلها لأن تكون مبادئ للقانون الدولي...

وهذه هي أكثر المبادئ إثارة للجدل بسبب غموض نطاقها وميوعة حدودها. ففي الممارسة العملية كانت محكمة العدل الدولية أكثر واقعية في استخلاص هذا النوع من المبادئ عن طريق المناقشة بين قضاتها. هذه الطريقة وفرت ضماناً كافية حيث يتم اختيار قضاتها بضمان تمثيل الأشكال الرئيسية للحضارات والنظم القانونية المختلفة في العالم (المادة ٩ من النظام الأساسي للمحكمة) حيث يكون جميع القضاة على استعداد لقبول هذه المبادئ باعتبارها من المبادئ العامة للقانون.^(٢) وقد انتهجت المحكمة الجنائية الدولية

1) Malcolm N. Shaw, International Law, Cambridge University Press. Sixth Edition, 2008, pg. 180 .

2) Michel Virally, The Sources of International Law. in Manuel of Public International Law. Edited by Max Sorensen, Macmillan. London, 1968, pg. 146 .

ذات الطريقة فجاءت الفقرة الثامنة من المادة السادسة والثلاثين بأنه عند اختيار القضاة يراعى تمثيل النظم القانونية الرئيسية في العالم.^(١) إلا أنه من الراجح في الفقه الدولي أن المبدأ العام المعترف به في كافة النظم القانونية الرئيسية في العالم يعتبر مصدراً للقواعد الدولية فيما يتعلق بالعلاقات بين الدول المعترفة به، أما الدول التي لا تعترف به في قوانينها الداخلية فلا يجوز الاحتجاج به في مواجهتها.^(٢)

في هذه العملية المحاكم الدولية الأخرى كانت أكثر فعالية عن محكمة العدل الدولية، وربما بسبب زيادة الحاجة إلى الاستجابة لمتطلبات العصر. المحكمة الجنائية الدولية، لا يمكن أن تتخلى عن المسؤولية عن تحديد الاتهام أو البراءة نظراً لعدم وجود تعريف للجرائم التي بناء عليها وجهت تهمة للمتهم. وهذا بالضبط ما حدث مع عدد من الجرائم التي تدخل في نطاق الولاية القضائية للمحاكم الجنائية الدولية. على سبيل المثال، لم يعثر على تعريف لجريمة الاغتصاب باتفاقيات جنيف أو في اتفاقيتي لاهاي، المحكمة الدولية ليوغوسلافيا السابقة والمحكمة الجنائية الدولية لرواندا كان قد توصلا إلى تعاريف خاصة بهذه الجريمة عن طريق الإشارة إلى المبادئ العامة للقانون بالنظم القانونية الوطنية الكبرى في العالم.^(٣)

ونتفق مع ما ذهب إليه هذا الجانب من الفقه ويضيف إلى الأنواع الثلاثة السابقة نوعاً رابعاً من المبادئ العامة للقانون وهي تلك المبادئ الموضوعية الخاصة بالقانون الدولي والتي توجد بمقدمات المعاهدات الشارعة أو تستخلص من تعميم مجموعة من القواعد الواردة بالمعاهدات الشارعة. فهناك بعض القضايا التي أصدرت محكمة العدل الدولية أحكاماً

1 (المادة ٣٦ من نظام روما الأساسي، المصدر شبكة المعلومات الدولية (الانترنت) :

<http://www.icrc.org/web/ara/siteara0.nsf/html/6E7EC5>

2 (الأستاذ الدكتور/ محمد سامي عبد الحميد، أصول القانون الدولي العام، القاعدة الدولية، مرجع سابق، ص ١٦١ .

3) A.E. Boyle and C. Chinkin, The Making of International Law, op. cit., pg. 286 .

فيها بالاستناد إلى المبادئ العامة للقانون الدولي منها مبدأ التزام كل دولة بعدم السماح عن علم باستخدام أراضيها لارتكاب أعمال بالمخالفة لحقوق الدول الأخرى (قضية قناة كورفو ١٩٤٩م).^(١)

المطلب الثاني .

المبادئ العامة للقانون كمصدر للقانون الدولي الصحي .

هناك مجموعة من المبادئ العامة للقانون الدولي تتفرد بفرع معين من فروع القانون الدولي العام مثل قانون البحار، والقانون الإنساني، وقانون مسؤولية الدولة، وما إلى ذلك. هذه المبادئ العامة تشكل القواعد القانونية الشاملة لمجموعة كاملة من القوانين التي تنظم مجال محدد. فعلى سبيل المثال المادة ٢١ من النظام الأساسي للمحكمة الجنائية الدولية، نصت على أن يكون للمحكمة أيضاً أن تطبق المبادئ العامة للقانون الدولي الإنساني.^(٢) وفي مجال القانون الدولي الصحي توجد مجموعتان من المبادئ العامة للقانون. المجموعة الأولى وهي مجموعة المبادئ التي تستمد من الأنظمة القانونية الداخلية للدول مثل مبدأ الاعتراف بمصالح الأجيال المقبلة في مسائل حماية البيئة حيث يظهر على المستوى الدولي بأنه مبدأ حماية حق الأجيال القادمة في بيئة مستدامة. وكذلك مبدأ واجب الإبلاغ عن الأمراض في قوانين الصحة العامة الداخلية للدول حيث يدعم التزام الإبلاغ بالقانون الدولي الصحي ولكن هذا المبدأ قد يثير بعض المشكلات بخصوص نوعية الأمراض.^(٣)

1) Antonio Cassese, International Law, Oxford University Press, First Published, 2001, pp. 152 : 153 .

2) Antonio Cassese, International Law, Oxford University Press, First Published, 2001, pg. 152 .

3) David P. Fidler, International Law and Infectious Diseases, Oxford University Press, pg. 109 .

أما المجموعة الثانية فهي التي تتعلق بالمبادئ الخاصة بالقانون الدولي الصحي وهي التي تستتبط من ديباجة المعاهدات الشارعة ومن عموميات قواعدها. فمثلا دستور منظمة الصحة العالمية الذي دخل حيز النفاذ في ٧ أبريل ١٩٤٨م. حيث يوجد به عدد من المبادئ العامة للقانون الدولي الصحي الواردة في ديباجة دستور منظمة الصحة العالمية، وأهمها حق الإنسان في الصحة وهو يعتبر من الحقوق الأساسية. فقد جاء بديباجة دستور منظمة الصحة العالمية " التمتع بأعلى مستوى من الصحة يمكن بلوغه هو أحد الحقوق الأساسية لكل إنسان، دون تمييز بسبب العنصر أو الدين أو العقيدة السياسية أو الحالة الاقتصادية أو الاجتماعية " كما جاء أيضا " صحة جميع الشعوب أمر أساسي لبلوغ السلم والأمن، وهي تعتمد على التعاون الأكمل للأفراد والدول ".^(١)

وكما سبق وأن أوضحنا بأن الصحة تشتمل على جانبين السلبي (الوقائي) والإيجابي (مكافحة الأمراض)، نفس الأمر ينطبق على حق الإنسان في الصحة. هناك الجانب السلبي لحق الإنسان في الصحة وهو المتعلق بالتزام الدولة بتوفير بيئة وتغذية صحية للإنسان بوجه عام والامتناع عن أي عمل يضر بصحة الإنسان بوجه خاص. أما الجانب الإيجابي للحق في الصحة فهو المتعلق بالتزام الدولة بتدابير مكافحة الأوبئة، والتحصينات، وتهيئة الظروف لتطوير وصيانة البنية الأساسية الصحية والطبية. ويجب تطبيق هذا المبدأ دون أي التمييز وخاصة على أساس الثروة : فمن الضروري أن الفقراء يمكنهم الحصول على نفس الرعاية الصحية والطبية مثل الأغنياء.^(٢)

1 (الوثائق الأساسية، منظمة الصحة العالمية، مرجع سابق، ص ١.

2) Michael Bothe, Les Concepts Fondamentaux Du Droit Á La Santé: Le Point De Vue Juridique, R.C.A.D.I., 1978, Vol.27: 29, pp.15: 16.

ومن تاريخ التعاون الدولي الصحي يتضح أن الجانب الإيجابي لحق الإنسان في الصحة كان أسبق في الظهور داخل الدول، ورسخ دستور منظمة الصحة العالمية مبدأ حق الإنسان في الصحة بجانبها كمبدأ من المبادئ العامة للقانون الدولي الصحي، وعليه تفرعت منه العديد من قواعد القاتون الدولي الصحي مثل نص المادة ٢٥ من الإعلان العالمي لحقوق الإنسان التي جاء بها :

" ١. لكل شخص الحق في مستوى من المعيشة كاف للمحافظة على الصحة والرفاهية له ولأسرته، ويتضمن ذلك التغذية والملبس والسكن والعناية الطبية وكذلك الخدمات الاجتماعية اللازمة، وله الحق في تأمين معيشته في حالات البطالة والمرض والعجز والبرمل والشيخوخة وغير ذلك من فقدان وسائل العيش نتيجة لظروف خارجة عن إرادته.

٢. للأمومة والطفولة الحق في المساعدة والرعاية الخاصتين، وينعم كل الأطفال بنفس الحماية الاجتماعية سواء أكانت ولادتهم ناتجة عن رباط شرعي أو بطريقة غير شرعية.^(١)

وكان حق الإنسان في الصحة موضع العديد من قواعد العهد الدولي للحقوق الاقتصادية والاجتماعية والثقافية وخاصة المادة الثانية عشر التي جاء بها:

" ١. تعترف الدول الأطراف في هذا العهد بحق كل إنسان في التمتع بأعلى مستوى ممكن من الصحة الجسمية والعقلية.

٢. يراعى في التدابير التي يتعين على الدول الأطراف في هذا العهد اتخاذها لتأمين التحقيق للقيام لهذا الحق، تضمينها التدابير اللازمة لما يلي :

١ (الإعلان العالمي لحقوق الإنسان، اعتمد بموجب قرار الجمعية العامة للأمم المتحدة رقم ٢١٧ ألف (د-٣) للمؤرخ في ١٠ كانون ديسمبر ١٩٤٨م، المصدر شبكة المعلومات الدولية (الانترنت) :

<http://www.un.org/arabic/aboutun/humanr.htm>

أ (خفض وفيات المواليد عند الولادة ووفيات الرضع وتأمين نمو الطفل نموا صحيحا سليما. .

ب) تحسين البيئة الصحية والمهنية من جميع نواحيها.

ج) الوقاية من الأمراض الوبائية والمتوطنة والمهنية والأمراض الأخرى ومعالجتها ومكافحتها.

د (تهيئة الظروف اللازمة لتأمين الخدمات الطبية والعناية الطبية للجميع عند المرض. (١)

كذلك حق الإنسان في الصحة كان أيضا أحد الأهداف التي أعلن عنها في الإعلان عن التقدم والتنمية الاجتماعية، فقد نصت المادة العاشرة منه على :

" ١. تأمين الحق في العمل على جميع المستويات وحق كل إنسان في تكوين النقابات ورابطات العمال وفي المساواة الجماعية، وتعزيز العمالة الكاملة المنتجة والقضاء على البطالة، وتهيئة شروط وظروف العمل العادلة للملائمة للجميع، بما في ذلك تحسين الظروف المتعلقة بالصحة والسلامة، وتأمين نيل مكافأة عادلة عن العمل دون أي تمييز ونيل درجة أجر أنسى يكون كافيا لتوفير العيش الكريم وحماية المستهلك.

٢. القضاء على الجوع وسوء التغذية وحماية الحق في التغذية السليمة.

٣. القضاء على الفقر، وتأمين التحسن المطرد في مستويات المعيشة والتوزيع العادل المنصف للدخل.

٤. تحقيق أعلى مستويات الصحة وتوفير الحماية الصحية لمجموع السكان مجانا عند الإمكان. (٢)

1 (العهد الدولي للحقوق الاقتصادية والاجتماعية والثقافية، اعتمد بموجب قرار الجمعية العامة للأمم المتحدة رقم ٢٢٠٠ للدورة ٢١ المؤرخ في ١٦ ديسمبر ١٩٦٦م، المصدر شبكة المعلومات الدولية (الإنترنت) :

<http://daccessdds.un.org/doc/RESOLUTION/GEN/NR0/792/65/IMG/NR079265.pdf?OpenElement>

2 (إعلان التقدم والإنماء الاجتماعي، اعتمد بموجب قرار الجمعية العامة للأمم المتحدة رقم ٢٥٤٢ المؤرخ في ١١ ديسمبر عام ١٩٦٩م، المصدر شبكة المعلومات الدولية (الإنترنت) :

المبحث الرابع أحكام المحاكم والفقه الدولي

نصت المادة ٣٨ بالفقرة الأولى في البند (د) من النظام الأساسي لمحكمة العدل الدولية على "١- وظيفة المحكمة أن تفصل في المنازعات التي ترفع إليها وفقا لأحكام القانون الدولي، وهي تطبق في هذا الشأن: د. أحكام المحاكم ومذاهب كبار المؤلفين في القانون العام في مختلف الأمم ويعتبر هذا أو ذاك مصدرا احتياطيا لقواعد القانون وذلك مع مراعاة أحكام المادة ٥٩" (١)

نود بداية أن يشير بأن هذا المصدر ليس بالمصدر المنشئ للقاعدة القانونية، وإنما هو مصدر كاشف للقاعدة القانونية. فكل دور هذا المصدر هنا يقتصر على تحديد القاعدة القانونية، وقد أطلق الفقهاء على هذا المصدر العديد من المسميات هي الثانوي^(٢) أو الاحتياطي^(٣) أو الاستدلالي^(٤) أو الفرعي^(٥)، للأسباب الآتية :

=<http://daccessdds.un.org/doc/RESOLUTION/GEN/NR0/254/20/IMG/NR025420.pdf?OpenElement>

١ (النظام الأساسي لمحكمة العدل الدولية بميثاق الأمم المتحدة، المصدر شبكة المعلومات الدولية (الإنترنت):

<http://www.un.org/arabic/aboutun/charter/charter.htm>

٢ (الأستاذ الدكتور / على صادق أبوهيف، القانون الدولي العام، منشأة المعارف، ص ٢١.

٣ (الأستاذ الدكتور / مصطفى أحمد فؤاد، أصول القانون الدولي العام، النظام القانوني الدولي، مرجع سابق، ص ٢٣٢.

- الأستاذ الدكتور / أحمد أبو الوفاء، الوسيط في القانون الدولي العام، مرجع سابق، ص ٢١١.

- الأستاذ الدكتور / إبراهيم محمد العناني، القانون الدولي العام، مرجع سابق، ص ١٧٠.

٤ (الأستاذ الدكتور / صلاح الدين عامر، مقدمة لدراسة القانون الدولي العام، مرجع سابق، ص ٣٦٠.

5) Ian Brownlie, Principles of Public International Law, op. cit.. pg. 19 .

١. لعل خير دليل على ذلك الخلاف (السابق الإشارة إليه بالمبحث السابق) الذي دار بين أعضاء اللجنة القانونية الاستشارية^(١) حول التأكيد على عدم الاختصاص التشريعي للمحكمة.
٢. النص في البند (د) الموضح أعلاه بأن هذا المصدر احتياطيًا.^(٢)
٣. ما جاء بنص المادة ٥٩ من النظام الأساسي لمحكمة العدل الدولية بأن الحكم الصابر من محكمة العدل الدولية لا تكون له القوة الإلزامية إلا بالنسبة للأطراف المتنازعة وفي خصوص النزاع الذي فصل فيه:^(٣) حيث إن القانون الدولي لا يعترف بنظام السوابق القضائية التي تقيد القاضي (كما هو الحال في بعض النظم القانونية الداخلية كالنظام الإنجليزي)، وإنما يمكن الاستدلال بأحكام القضاء عند تحديد القاعدة القانونية.^(٤) وبالمعنى الدقيق للكلمة، فإن المحكمة لا تتقيد بالأحكام السابقة، ولكن مع ذلك تسعى للحفاظ إلى الاتساق القضائي.^(٥)

١ (من الجدير بالذكر أن هذه اللجنة شكلت بقرار من مجلس عصبة الأمم لوضع مشروع النظام الأساسي للمحكمة الدائمة للعدل الدولي تنفيذًا للمادة ١٤ من ميثاق عصبة الأمم الذي أعطى مجلس العصبة المسؤولية عن وضع خطط لإنشاء نظام المحكمة الدائمة للعدل الدولي، على أن تكون هذه المحكمة مختصة ليس فقط للنظر والبت في أي نزاع ذي طابع دولي-مقدم لها من قبل طرفي النزاع، وإنما أيضا لإصدار فتوى في أي نزاع أو مسألة تحال إليها من المجلس أو الجمعية.

- المصدر موقع محكمة العدل الدولية على شبكة المعلومات الدولية (الإنترنت):

<http://www.icj-cij.org/court/index.php?p1=1&p2=1#Hague> -

٢ (النظام الأساسي لمحكمة العدل الدولية، المصدر موقع محكمة العدل الدولية بشبكة المعلومات الدولية (الأنترنت) :

<http://www.icj-cij.org/documents/index.php?p1=4&p2=2&p3=0&PHSESSID=7ab87cb95d74a43ef034cf2de53028f9&lang=en>

3) Ian Brownlie, Principles of Public International Law, op. cit., pg. 21.

- Malcolm N. Shaw, International Law, op. cit., pg. 111 .

٤ (الأستاذ الدكتور/ أحمد أبو الوفاء، الوسيط في القانون الدولي العام، مرجع سابق، ص ٢١٢.

- Michel Virally, The Sources of International Law, in Manuel of Public International Law, op. cit., pg. 151.

5) Ian Brownlie, Principles of Public International Law, op. cit., pg. 21 .

ونستعرض هذا المصدر من خلال مطلبين هما :

المطلب الأول : أحكام المحاكم

المطلب الثاني : كتابات الفقهاء

المطلب الأول أحكام المحاكم

نص المادة ٣٨ في الفقرة الأولى البند (د) من النظام الأساسي لمحكمة العدل الدولية لم يحدد نوعية المحاكم التي تصدر الأحكام المقصود بها كمصدر لقواعد القانون الدولي العام. لذا يستعرض الباحث كيف تسهم مختلف المحاكم في هذا المصدر.

أولاً : القضاء الدولي .

نظراً لطبيعة للقانون الدولي، الخاصة بعدم وجود كل من جهاز تشريعي مركزي و مؤسسة قضائية لديها الاختصاص الإلزامي، في الممارسة العملية العديد من الأحكام تكون لها حجية (وبخاصة محكمة العدل الدولية) وبالتالي يكون لها أهمية حاسمة في إقامة وجود القواعد العرفية، أو في تحديد نطاق ومضمون القوانين، أو في تعزيز تطور مفاهيم قانونية جديدة.

كما ذهب جانب من الفقه الأجنبي إلى أن أحكام المحاكم تتطوى على قيمة توضيحية، وليس على القوة الملزمة فقط التي تقتصر على دائرة الأطراف المتنازعة أو الأحكام الفعلية. وكذلك تسري نفس القيمة على فتاوى محكمة العدل الدولية.^(١)

ولذا، تلعب أحكام القضاء الدولي دوراً بارزاً في إظهار بعض المفاهيم الخاصة التي يمكن أن تشكل سابقة لنشأة عرف دولي أو أن تكشف عن

1) Michel Virally, The Sources of International Law, in Manuel of Public International Law, op. cit., pg. 151.

وجود عرف دولي. ونظرا لأن العرف لا يعد من مصادر القانون الدولي الصحي فسوف لا نتعرض لهذه الجزئية المتعلقة بدور القضاء في تكوين أو إنشاء العرف الدولي. إلا أن هناك بعض أحكام القضاء الدولي التي أظهرت بعض المبادئ التي أصبحت بعد ذلك أسس لمعاهدات دولية شائعة. ومن أمثلة ذلك حكم محكمة العدل الدولية عام ١٩٥١م. في قضية مصائد الأسماك (بين المملكة المتحدة والنرويج) حيث استخدمت المحكمة خطوط الأساس كوسيلة لتحديد عرض المياه الإقليمية في بعض المياه الساحلية التي بعد ذلك نصت عليها المادة ٤ من اتفاقية جنيف في ٢٩ أبريل ١٩٥٨م لتحديد المياه الإقليمية والمنطقة المتاخمة، وكذلك المواد من ٣ إلى ٧ من اتفاقية الأمم المتحدة لقانون البحار في ١٠ ديسمبر ١٩٨٢م، وكذلك الحكم الصادر عن محكمة نورمبرغ الدولية العسكرية عام ١٩٤٦م الذي وضع مبادئ هامة تتعلق بارتكاب جرائم ضد السلام والأمن للبشرية.^(١)

ومن أبرز أحكام محكمة العدل الدولية الخاصة بالنشاط الصحي الفتوى الصادرة في ٨ يولية ١٩٩٦م بشأن مشروعية استخدام دولة ما للأسلحة النووية في نزاع مسلح. وكانت جمعية الصحة أصدرت قرارها رقم (٤٦) - (٤٠) في مايو ١٩٩٣م بطلب فتوى محكمة العدل الدولية حول "في ضوء الآثار البيئية والصحية، هل يمثل استخدام دولة ما للأسلحة النووية في الحرب أو في أي نزاع آخر خرقا للالتزاماتها بموجب القانون الدولي، بما في ذلك دستور منظمة الصحة العالمية؟". وقد قررت المحكمة (بأغلبية ١١ صوت ومعارضة ٣ أصوات ورأي مستقل) أنها غير مختصة بإصدار تلك الفتوى، حيث أسست المحكمة فتواها على أن منظمة الصحة العالمية تختص بموجب دستورها بمعالجة الآثار المترتبة على استخدام الأسلحة النووية أو على أي نشاط آخر في الصحة يتعلق باتخاذ التدابير الرامية إلى حماية صحة السكان

1) J.G.Starke, Introduction to International Law, Butterworth & Co (Publishers), London, Ninth Edition, 1984, pg. 46.

فى حالة استخدام مثل هذا النوع من الأسلحة والسؤال :سقدم لا يتعلق بآثار استخدام الأسلحة النووية على الصحة وإنما بمشروعية استخدام مثل هذه الأسلحة فى ضوء آثارها البيئية والصحية.(١)

كما قرر الرأى المعارض للقاضى شهاب الدين أن منظمة الصحة العالمية لاتسأل عما إذا كان استخدام أحد أعضائها للأسلحة النووية مشروعاً بموجب القانون الدولى بصفة عامة، ولكن الأكثر معقولية هو تفسير سؤال منظمة الصحة العالمية على أنه ما إذا كان هذا الاستخدام يشكل خرقاً لالتزامات الدولة العضو لدستور المنظمة من عدمه ؟.(٢)

أما القاضى ويرامانترى يرى أن طلب الفتوى يتعلق بثلاثة التزامات هى :

(أ) التزامات الدولة إزاء الصحة.

(ب) التزامات الدولة إزاء البيئة.

(ج) التزامات الدولة حيال دستور منظمة الصحة العالمية.

ويقرر القاضى أن المحكمة اعتبرت سؤال منظمة الصحة العالمية يتعلق عن اللامشروعية العامة ولم تبحث الالتزامات الثلاثة للدولة المذكورين بأعلاه. فلو بحثت المحكمة هذه الأسئلة الثلاثة لكانت قد وجدت أن كل منها يتصل اتصالاً وثيقاً بالمسائل الداخلة فى اختصاص منظمة الصحة العالمية.(٣)

أما القاضى كوروما فقد أكد أن المحكمة أخطأت فى فهم السؤال الذى طرحته منظمة الصحة العالمية، حيث فهمته على أنه يتصل بمشروعية

1 (موجز الأحكام والفتاوى والأوامر الصادرة من محكمة العدل الدولية ١٩٩٢م : ١٩٩٦م - الأمم المتحدة - مرجع سابق - ص ١٠٨ .

2 (موجز الأحكام والفتاوى والأوامر الصادرة من محكمة العدل الدولية ١٩٩٢م : ١٩٩٦م - الأمم المتحدة - مرجع سابق - ص ١١١ .

3 (موجز الأحكام والفتاوى والأوامر الصادرة من محكمة العدل الدولية ١٩٩٢م : ١٩٩٦م - الأمم المتحدة - مرجع سابق - ص ١١٢ .

استخدام دولة ما للأسلحة النووية في نزاع مسلح. وهو يرى أن السؤال يتصل بالآثار البيئية والصحية للأسلحة النووية وبمشكلة ما إذا كانت هذه الآثار تشكل خرقاً للالتزامات الدول، وهي مسألة تدخل بالطبع في اختصاص منظمة الصحة العالمية.^(١)

ونرى أن هذه الفتوى صدرت لاعتبارات أخرى غير قانونية، ويستدل على ذلك مما قرره القاضي أودا في رأيه المستقل بأن مهمة المحكمة في الفتوى لا ينبغي أن تستخدم إلا في حالات النزاع أو الخلاف وليس لمجرد مناقشة مسائل عامة في القانون الدولي.^(٢)

ثانياً: محاكم التحكيم .

نزع البعض من الفقهاء حول مساهمة محاكم التحكيم في تطوير القانون الدولي مستندين في ذلك إلى التمييز بين القضاء والتحكيم، حيث يعمل المحكمين في الممارسة العامة إلى الميل للعمل كمفاوضين أو موظفين دبلوماسيين وليس كقضاة بشأن مسائل تطبيق القانون على الوقائع. ويصررون على أن المحكمين قد تأثروا إلى حد غير معقول بضرورة التوصل إلى حل وسط.^(٣)

وقد ذهب جانب من الفقه الأجنبي^(٤) للرد على هذا المفهوم مقررًا بأنه

1) موجز الأحكام والفتاوى والأوامر الصادرة من محكمة العدل الدولية ١٩٩٢م : ١٩٩٦م - الأمم المتحدة - نيويورك - ١٩٩٨م - ص ١١٣ .

2) موجز الأحكام والفتاوى والأوامر الصادرة من محكمة العدل الدولية ١٩٩٢م : ١٩٩٦م - الأمم المتحدة - نيويورك - ١٩٩٨م - ص ١١١ .

3) J.G.Starke, Introduction to International Law, op. cit., pg. 47 .

4) من الجدير بالذكر ماقرره القاضي J. B. Moore في هذا الخصوص والذي كان يتمتع بمعرفة واسعة في التحكيم الدولي :

' I have failed to discover support for the supposition that international arbitrators have shown a special tendency to compromise, or that they have failed to apply legal principles or to give weight to legal precedents. Indeed, even in the abridged form in which many of the decisions cited in my History and Digest of International Arbitrations, published in 1898, were necessarily=

ينطوي على عنصر من الحقيقة فالمحكمون لا يلتزمون التزاماً دقيقاً بتقنية العمل القضائي مثل المعمول به في إطار النظم القضائية الداخلية، ولكن هذا التمييز ليس بأي حال من الأحوال هو الأساس، فالغالبية العظمى من القضايا المحكمين يتصرفون باعتبارهم قضاة. كما أن المحكمين بصفة عامة يتصرفون وفقاً للمبادئ القضائية، التوفيقية كعنصر من عناصر الأحكام التحكيمية قد لا يكون لها مبرر بسبب هذا العدد الكبير من المعاهدات التحكيمية، والغالبية العظمى من الأحكام التحكيمية تمت على أساس اعتبارات قانونية صارمة في الشكل والمضمون.

التمييز الرئيسي بين القضاء والتحكيم لا يكمن في القواعد التي تنطبق، ولكن في طريقة اختيار القضاة، وضمان نزاهتهم، واستقلالهم من جانب الطرفين المتنازعين، والحقيقة أن المحكمة القضائية تحكمها قواعد نظامها الداخلي بدلاً من قواعد خاصة لكل قضية. أيضاً لا بد من التشديد على أنه في حين أن وظائف القضاء الدولي تنطوي على محكمة فصل في نزاع إلا أن ذلك في الأغلب سلوك مزعوم لا يتفق مع القانون الدولي، وهذا ليس بالضرورة دائماً الشغل الشاغل للهيئة التحكيم، والتي قد تكون في كثير من الأحيان معنية بالبت في تسوية نزاع بصرف النظر عما إذا كانت الأمور في هذه القضية تنطوي على الالتزام أو عدم الامتثال للقانون الدولي.⁽¹⁾ ونرى أن ذلك يحدث كثير عندما لا تجد المحكمة قاعدة قانونية حال نظرها لقضية فتبدأ بالبحث في مصادر أخرى لتسوية النزاع.

=given in that work, nothing is more striking than the consistent effort to ascertain and apply principles of law approved by the best authorities, and to follow pertinent prior adjudications where any existed.'

J.G.Starke, Introduction to International Law, op. cit., pg. 48.

1) J.G.Starke, Introduction to International Law, op. cit., pg. 48 .

كما ذهب جانب من الفقه الأجنبي^(١) إلى التقرير بأن أحكام المحاكم والتحكيم لتحديد قواعد القانون أصبحت مهمة اعتيادية وجزءا من الممارسة الدولية.

وكانت أحكام التحكيم تشكل إما إضافة أو توضيح للقانون مثل: السيادة الإقليمية، والحياد، والاختصاص القضائي للدولة، ومسؤولية الدولة. وكانت هناك العديد من قضايا التحكيم الملحوظة - منها على سبيل المثال، تحكيم مطالبات ألاباما عام ١٨٧٢م، و تحكيم مصائد الأسماك في بحر بيرينج عام ١٨٩٣م، و قضية مصائد الأسماك في شمال الأطلسي عام ١٩١٠م - تعد علامات بارزة في تاريخ القانون الدولي.^(٢)

المطلب الثاني

كتابات الفقهاء

تاريخيا كان لكتابات الفقهاء تأثيرا كبيرا على تطوير القانون الدولي. ففي البداية لعب القانون الطبيعي والتحليلات والآراء الفقهية دورا بارزا، في حين أن دور الدول والممارسة الدولية والقرارات الصادرة عن المحاكم كانت أقل قيمة. الفقهاء مثل Bynkershoek، Vattel، Pufendorf، Grotius، Gentili كان لهم الدور الرئيسي في الفترة ما بين القرنين السادس عشر والثامن عشر، وذلك من أجل تحديد نطاق وشكل ومضمون القانون الدولي. ومع ظهور الوضعية، وما يترتب على التأكيد على سيادة الدولة، المعاهدات والعرف توليا الهيمنة على قواعد النظام الدولي القانوني، وأهمية الفقه القانوني الدولي بدأت في التراجع. وتستخدم كتابات الفقهاء كوسيلة لاكتشاف القانون في أي موضوع معين وليس باعتبارها ينبوع أو مصدر فعلى للقواعد القانونية. ولا

1) Michel Virally, The Sources of International Law, in Manuel of Public International Law, op. cit., pg. 151.

2) J.G.Starke, Introduction to International Law, op. cit., pg. 47 .

يزال هناك بعض الفقهاء من الذين كان لهم تأثيرا على تكوين و تطور قوانين معينة، على سبيل المثال Gidel بشأن قانون البحار.^(١)

ودور كتابات الفقهاء أكده رئيس اللجنة القانونية - Descamps - المعنية بوضع النظام الأساسي للمحكمة الدائمة للعدل الدولي حيث قرر صراحة، في جملة أمور، أن أحكام المادة ٣٨ لا تعطى القضاة سلطة جديدة، لأن تطبيق هذا النظام هو ممارسة معتادة في المحاكم الدولية.^(٢)

ويذهب جانبا من الفقه الأجنبي^(٣) إلى لفت الانتباه إلى أن كتابات الفقهاء قد تتأثر بالأفكار الوطنية وغيرها من الأفكار المسبقة، كما قد تتضمن بعض الدعاية لنفسها بغرض نشر وجهات نظر جديدة وأفضل، بدلا من تقديم تقييم للجوانب السلبية في القانون. ويشير إلى كتابات الفقهاء الموثوقة في مشاريع المواد التي أعدتها لجنة القانون الدولي، والتقارير والمذكرات التي تعد لأمانة اللجنة، ومشاريع بحوث هارفارد، وقواعد المناقشة بمؤتمر لاهاي لتدوين

1) Malcolm N. Shaw, International Law, op. cit., pp. 112 : 113.

- من الجدير بالذكر مآقرره العلامة أوبنهايم في هذا الخصوص وهو :
" في المرافعات أمام المحاكم الدولية كان المتنازعون يحصنون حججهم بالإشارة إلى كتابات فقهاء القانون الدولي، ولكن مع نمو وتطور القانون الدولي والنشاط القضائي الدولي بدأ يتراجع الاعتماد على كتابات الفقهاء."

L. Oppenheim, International Law, op. cit. pg. 33.

- ومن الجدير بالذكر مآقرره العلامة ميشيل فاريللي في هذا الخصوص :
" القانون الدولي لا يزال في كثير من جوانبه، من الصعب اكتشافه أو تفسيره. ومن أجل ذلك فإن بحوث الفقهاء في استمرار، حيث إنها ليست مفيدة فقط من أجل التحقق من القانون، ولكن أيضا لتوجيه تنميته وكوسيلة لملاء نواقصه."

Michel Virally, The Sources of International Law, in Manuel of Public International Law, op. cit., pg. 153.

2) A. Von Verdross, Pincipes Généraux Du Droit, op. cit., pg. 220 .

3) Ian Brownlie, Principles of Public International Law, op. cit., pg. 24.

- Malcolm N. Shaw, International Law, op. cit., pg. 113.

القانون في عام ١٩٣٠م، والتقارير والقرارات الصادرة عن معهد القانون الدولي وغيرها من هيئات الخبراء.

ولذلك فمن الضروري، عند النظر في كتابات الفقهاء أن يؤخذ في الاعتبار الآراء التي تصدر أو تسود كل المناطق المختلفة من العالم، ولهذا السبب أيضا ينبغي، بغض النظر عن الأعمال الفردية، النظر إلى الأعمال التي تكون المجتمع الأكاديمي مثل أكاديمية لاهاي للقانون الدولي.

وكذلك آراء القضاة المخالفة في أحكام محكمة العدل الدولية تشكل أيضا أهمية. هذه الآراء لها أهمية كبيرة ليس فقط بسبب مكانتهم الوظيفية، وإنما أيضا بسبب الظروف التي ابدوا فيها آراءهم. حيث تقف هذه الآراء في منتصف المسافة بين آراء الفقهاء والأحكام القضائية. كما تجدر الإشارة أيضا إلى الآراء القانونية التي تعدها أمانات المنظمات الدولية حال تأدية واجباتها.^(١)

لا يعتبر الفقه مصدر مستقل للقانون، على الرغم من كون الرأي الفقهي في بعض الأحيان ما يؤدي إلى تشكيل القانون الدولي. ووفقا لتقرير لجنة خبراء تدوين القانون الدولي بعصبة الأمم، الرأي الفقهي ما هو إلا وسيلة هامة لإلقاء الضوء على قواعد القانون الدولي وجعلها أكثر سهولة في تشكيلها. وليس له سلطة التشريع في حد ذاتها، على الرغم من أنه قد يصبح له دور في تجسيد قواعد القانون الدولي العرفية.^(٢) كما قد تلعب آراء الفقهاء دوراً

1) Michel Virally, The Sources of International Law, in Manuel of Public International Law, op. cit., pp. 153 : 154.

2) J.G.Starke, Introduction to International Law, op. cit., pg. 48.

من الجدير بالذكر ماقرره الأستاذ الدكتور/ مصطفى أحمد فؤاد في هذا الخصوص :
" على صعيد الممارسة الواقعية الدولية ساهم الفقه في تحديد مجال انطباق القواعد القانونية غير المكتوبة كالعرف، وطوع بعضها كعنصر للإثبات. فلقد أكدت وأبرزت الكتابات الفقهية أهمية بعض الممارسات التي اعتادت عليها الدول لتهيئة الأذهان لصلاحيتها لأن تشكل نسيجاً عرفياً دولياً."

- الأستاذ الدكتور/ مصطفى أحمد فؤاد، أصول القانون الدولي العام، مرجع سابق، ص

بارزا فى إظهار المبادئ العامة للقانون.^(١)

وفى مجال قواعد القانون الدولى الصحى، ونظرا لطبيعة أهميته فكانت كتابات الفقهاء لاحقة على صدوره لتحديد نطاقه ومفاهيمه. فعلى سبيل المثال، تناول الفقهاء أحد المبادئ العامة للقانون الدولى الصحى وهو حق الإنسان فى الصحة - اللورد بديباجة دستور منظمة الصحة العالمية - فى الكثير من كتاباتهم الأمر الذى أدى إلى النص عليه فى العديد من مواد معاهدات حقوق الإنسان التى أبرمتها الأمم المتحدة.^(٢)

1) L. Oppenheim, International Law, op. cit. pg. 33 .

2) المصدر موقع منظمة الصحة العالمية بشبكة المعلومات الدولية (الأنترنت) :
<http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs323/ar/>

الباب الثانى قواعد القانون الدولى للصحة الجسدية

يقصد بالتشريعات الدولية الصحية بأنها مجموعة من الصكوك القانونية الدولية التى تهدف لتحقيق صحة الإنسان.^(١) ولقد عرف دستور منظمة الصحة العالمية الصحة بأنها " حالة من اكتمال السلامة بدنيا وعقليا واجتماعيا لا مجرد انعدام العجز والمرض"، ونخلص من هذا التعريف أن الأصل فى الصحة ليس هو سلامة جسد الإنسان فقط بل سلامة المجتمع الذى يعيش فيه. فمن الطبيعى لتحقيق صحة الإنسان أن تتحقق صحة المجتمع الذى يعيش به، أى أن يكون المجتمع خاليا من أية ممارسات اجتماعية تضر بالإنسان منها على سبيل المثال العنصرية والاضطهاد والتمييز وخلافه من الأمراض الاجتماعية.

وسوف نتحدث فى هذا الباب عن الصحة الجسدية وحمايتها من الأمراض التى يمكن تقسيمها إلى أمراض وبائية ومعدية نوضحهما من خلال فصلين كالتالى:

الفصل الأول : قواعد القانون الدولى الصحى لمكافحة الأمراض الوبائية.
الفصل الثانى : قواعد القانون الدولى الصحى لمكافحة الأمراض المعدية.

1) Michel Bélanger, The Future of International Health Law , International Digest of Health Legislation. , Genva, World Health Organization, 1989, Vol.40 , No.1. pg. 1.

الفصل الأول

قواعد القانون الدولي الصحي لمكافحة الأمراض الوبائية

تتسبب كائنات دقيقة في إصابة البشرية بالأمراض الوبائية. وتختلف الأداة القانونية في حالة مكافحة الأوبئة، وذلك يرجع إلى طبيعة الوباء نفسه التي تتسم بالسرعة في الانتشار. الأمر الذي يترتب عليه، وضع القانون أولا ثم يأتي الوباء ليطبق عليه، وأنسب وسيلة لذلك هي اللوائح الصحية الدولية بما توفره من مرونة سريعة في تعديلها حال تغير طبيعة الوباء.

كما قد تتسبب سلوكيات الإنسان الضارة بإصابته بالأمراض التي تعد وبائية أيضا، مثل وباء إدمان التبغ. ونظرا لأن وباء التبغ معروف، فقد أفردت منظمة الصحة العالمية معاهدة إيطارية لمكافحته.

ونقسم فيما يلي دراسة قواعد القانون الدولي الصحي لمكافحة الأمراض الوبائية إلى مبحثين اثنين كالتالي:

المبحث الأول : المعاهدة الإطارية لمكافحة التبغ.

المبحث الثاني : اللوائح الدولية الصحية.

المبحث الأول

معاهدة منظمة الصحة العالمية الإطارية لمكافحة التبغ

يشكل وباء التبغ كارثة إنسانية توضحها الإحصاءات المتعددة، منها ما صرحت به منظمة الصحة العالمية بأن وباء التبغ أدى إلى وفاة ١٠٠ مليون نسمة في جميع أنحاء العالم في القرن العشرين، ومن المنتظر أن يقضى على مليار نسمة في القرن الحادي والعشرين.^(١) ومن الثابت أن تعاطي التبغ

(1) تقرير منظمة الصحة العالمية عن وباء التبغ العالمي ٢٠٠٨م، منظمة الصحة العالمية، جنيف، ٢٠٠٨م، الصفحات ٣ : ٥.

- من الجدير بالذكر في هذا الخصوص أن الحكومة الاتحادية بالولايات المتحدة الأمريكية خاضت حرب طويلة لمكافحة التبغ. ففي عام ١٩٦٤م، أعلن الجراح العام تيرى=

كـلـوثر الأدلة العلمية لأضرار التدخين. فنظمت بعض اللوائح الاتحادية منذ ذلك التاريخ، كتابة التحذيرات على علب السجائر وحظر الإعلانات التليفزيونية وبعض الضمانات الزراعية. كما نظمت بعض الولايات، المزيد من الاجراءات مثل إصدار قوانين عدم التدخين بالأماكن المغلقة والعامة. ولقد اثبتت هذه الإجراءات فاعليتها في الحد من الوفيات المرتبطة بالتدخين آنذاك. تمكنت بعد ذلك شركات التبغ، من الحصول على حكم المحكمة العليا يتعلق بحرية الإعلان. حيث استندت بأن الإعلان لا يسبب للكبار البدء في التدخين، كما لا يعدو دوره في أنه يعزز حصة تسويقية لعلامة تجارية معينة. وعلى أثر هذا الحكم، حذرت هيئة الأعمال التجارية الاتحادية شركات التبغ بضرورة الالتزام بالمبادئ الأساسية لحقيقة مضار التدخين. دفع الغضب العام- بسبب تقاعس المسؤولين الرسميين عن المواجهة التشريعية لصناعة التبغ- الرئيس ريتشارد نيكسون عام ١٩٧٠م بالموافقة على إصدار تشريع يتعلق بوضع تحذيرات صحية على جميع علب السجائر. وفي عام ١٩٨١م، أعلنت هيئة الأعمال التجارية الاتحادية عدم جدوى تشريع التحذيرات الصحية على علب السجائر. وعلى أثر ذلك، اعتمد الكونجرس قانون التعليم الشامل عام ١٩٨٤م الذي تضمن تعليم طلبة التعليم الأساسى والثانوى مضار التدخين. كما قامت بعض الولايات باعتماد لوائح جديدة لمكافحة التبغ، مما دفع شركات التبغ إلى الضغط لطلب تدخل الحكومة الاتحادية لحمايتهم من اجراءات الولايات المختلفة الخاصة بما أسموه التعدي على حقوقهم. وفي عام ١٩٩٦م، أكدت هيئة الأغذية والعقاقير (D.F.A) ولايتها القانونية لمراقبة منتجات التبغ. وبناء على ذلك، قادت الهيئة عدّة حملات لمكافحة التدخين وخاصة قيود الإعلان. توجهت شركات التبغ للمحكمة العليا لنفى هذه الولاية القانونية. وفي يونيو ٢٠٠٠م، قضت المحكمة العليا بعدم اختصاص هيئة الأغذية والعقاقير في مراقبة منتجات التبغ. وفي فبراير ٢٠٠٧م، حاول أعضاء الكونجرس من الحزبين إصدار قانون يتضمن اختصاص صريح لهيئة الأغذية والعقاقير بمراقبة منتجات التبغ. وصرح السناتور الديموقراطي ادوارد كينيدي ان "الكونجرس لا يمكن في ضميره أن يمنح هيئة الأغذية والعقاقير أكبر قدر من المسؤولية لحماية الصحة العامة وتظل عاجزة من التعامل مع مخاطر التبغ، والذي يعد أكثر فتكا من جميع المنتجات الاستهلاكية". وكان قد أثير جدل واسع في هذا الخصوص، حيث أن هذا القانون سوف يعطى ميزة خاصة لفيليب موريس لما يتمتع به من مساحة هائلة في السوق حيث أن قيود الإعلان لا تؤثر في حصته بالسوق. وانتهى هذا الجدل بعدم صدور هذا القانون. وعلى الرغم من التراخي في تنظيم التبغ اتحاديا، سنت العديد من الولايات مجموعة من القوانين المحلية لمكافحة التبغ. تضمنت هذه القوانين فرض ضرائب مرتفعة على منتجات التبغ مع الحظر الكامل=

يشكل احتمالاً للإصابة بستة أمراض من بين الأمراض الثمانية الرئيسية المؤدية للوفاة في العالم.^(١) ولم تكن قرارات منظمة الصحة العالمية السابقة، والتي بلغ عددها ثمانى عشرة قراراً، كافية لمواجهة هذا الوباء.^(٢) ولأول مرة في تاريخ المنظمة، تفاوضت الدول الأعضاء في منظمة الصحة العالمية تفاوضوا من أجل إبرام اتفاقية دولية لمكافحة التبغ. ففي يوم ٢٤ مايو ١٩٩٩م أصدرت جمعية الصحة العالمية القرار رقم (١٨/٥٢) بالإجماع يدعو إلى بدء العمل على إبرام الاتفاقية الإطارية^(٣) بشأن مكافحة

=للتدخين في المطاعم والحانات والفنادق. كما خصص جزء كبير من عوائد الضرائب لعلاج مدمنى التبغ. كما دخلت وزارة الشؤون الاجتماعية الاتحادية في عدة مواجهات قضائية مع كبرى شركات التبغ (شركة فيليب موريس الأمريكية، شركة رينولدز، شركة براون أند وليامسون، وشركة لوريلارد). انتهت هذه المواجهات إلى اتفاق تسوية تدفع بمقتضاه شركات التبغ مبلغ ٢٠٦ مليار دولار إلى هيئة تنشأ بمعرفة وزارة الشؤون الاجتماعية لعلاج مدمنى التبغ. وعلى أثر ذلك انخفضت معدلات استهلاك التبغ، إلا أن هذا الاتفاق كان محل انتقاد من مسئولى الصحة العامة الرسميين واعتبروه فرصة ضائعة للحد من التدخين.

- LOURDES I. CATALÁ- THE FRAMEWORK CONVENTION ON TOBACCO CONTROL: EFFECTS OF INTERNATIONAL TOBACCO REGULATION IN BRAZIL- MASTER OF ARTS- UNIVERSITY OF FLORIDA, ARTS SCHOOL- 2007-pp. 26 : 31.

1 () تقرير منظمة الصحة العالمية عن وباء التبغ العالمي ٢٠٠٨م، منظمة الصحة العالمية، مرجع سابق، ص ٩.

2) The Framework Convention on Tobacco Control A Primer, World Health Organization , Geneva , 2003 , pg. 7.

3 () من الجدير بالذكر في هذا الخصوص بأن فكرة اتفاقية دولية لمكافحة التبغ ولدت في يوليو ١٩٩٣م بمركز الأستاذة الدكتورة/ روث رومر بمدرسة الصحة العامة بجامعة كاليفورنيا (لوس انجيلوس) في نقاش بين الأستاذة الدكتورة/ روث رومر مؤلفة العمل التشريعي لمكافحة وباء التبغ عالمياً و الأستاذ الدكتور/ ميلتون رومر أستاذ زائر بمدرسة الصحة العامة جامعة كاليفورنيا، و الأستاذة الدكتورة/ ألين تايلور أستاذة زائراً بمدرسة القانون جامعة ويتير. وكان يدور النقاش حول مقال تايلور في المجلة الأمريكية للقانون والطب والتي دعت فيه منظمة الصحة العالمية لاستخدام سلطاتها

- الدستورية المهمة لتعزيز التنمية وتنفيذ القانون الدولي لتعزيز الصحة العامة على الصعيدين العالمي. اقترحت روث رومر إمكانية تطبيق أفكارها لوضع آلية تنظيمية جديدة لمكافحة التبغ.

وقامت روث رومر بعد ذلك بالترويج لفكرة نهج قانوني دولي لمكافحة التبغ، على أساس التعاون بين الدولتين الوطنيتين والدوليتين. في أكتوبر ١٩٩٣م، زارت رومر المقر الرئيسي للمنظمة العالمية للصحة العالمية في جنيف، وناقشت الفكرة مع كبار الموظفين في عدة إدارات الصحة بمنظمة الصحة العالمية. في وقت لاحق من ذلك الشهر، التقى مع زملائها لمكافحة التبغ الاجتماع السنوي للإجماع السنوي للجمعية الأمريكية للصحة العامة، وشجعتهم على النظر الفكرة في هذه الفكرة. وأدت إحدى زياراتها جونيث ماكاي، مديرة الاستشارات الآسيوية للتبغ، لفكرة نهج التبغ، فكرة وجود معاهدة للتبغ، وأصبحت في وقت لاحق داعمة لاتفاقية نيلسون الاتفاقية، على الرغم من عدم الحماس من معظم الجهات لفكرة القانون الدولي للتبغ. المعاهدة للتبغ، استمرت رومر في تعزيز الفكرة في جميع أنحاء العالم. في وقت لاحق، بدأ رومر بتطوير وضعت فكرة نهج الاتفاقيات الإطارية والبروتوكولات لمكافحة التبغ أطروحة من أطروحة بحث الدكتوراه أشرقت عليها في يونيو ١٩٩٤م. وقدمت الورقة إلى الأمين العام لهذه الاستراتيجية المقترحة لاتفاقية منظمة الصحة العالمية لمكافحة التبغ في سنوي الاجتماع السنوي للمجلس الأكاديمي منظومة الأمم المتحدة في لاهاي في المؤتمر مع بشأن العالم التاسع بشأن التبغ أو الصحة بباريس في أكتوبر ١٩٩٤م، قدمت رومر بحث مشطوع قرار بحث على اعتماد ذلك دولي لمكافحة التبغ، كما قدمت تايلور صف المشاركة بوصفها استراتيجية دولية قانونية واعتمد القرار، بمساعدة ماكاي، باعتباره أحد الخطوات الأولى للمؤتمر.

بعد وقت قصير من مؤتمر باريس، اتصلت جان إرفير أحد كبار مستشاري وزارة الصحة الكندية وعدد من الكنديين الذين حضروا المؤتمر العالمي بالمنسوب الكندي إلى جمعية الصحة العالمية، وأبدوا بشدة فكرة "الصحة الدولي لمكافحة التبغ". وفي ١٩٩٥م، قدم كل من مندوبي المكسيك وفنلندا وقزانيا هذا الاقتراح بجلاسة للمنظمين التنفيذيين لمنظمة الصحة العالمية. على الرغم من بعض الاعتراضات، اعتمد من قبل المجلس التنفيذي وفي وقت لاحق طلبت الجمعية الصحة العالمية من المدير العام أن يقدم تقريراً بشأن جدوى وضع صك دولي ليكون إعلاناً أو اتفاقية دولية بشأن مكافحة التبغ من قبل الأمم المتحدة، مع الأخذ في الاعتبار التجارة القائمة وشروطها من الاتفاقيات والمعاهدات الدولية. أصبحت ماكاي داعمة رئيسياً للمضي قدماً في العمل من أجل اعتماد صك دولي لمكافحة التبغ. وفي مايو ١٩٩٥، التقى ماكاي مع بيرتو راؤول مدير مركز التنسيق للأمم المتحدة بشأن مكافحة التبغ، وسوق قدمت رومر مذكرة بعنوان "التدابير الدولية لمكافحة التبغ: الاتفاقية أو قانون". =

التبغ كصك قانوني جديد يمكنه معالجة قضايا متنوعة بشأن التبغ مثل الإعلان والترويج، والتتبع الزراعي، والتهريب، والضرائب والإعانات. وقد أعطت خمسين دولة تعهدات بتقديم الدعم المالي والسياسي للاتفاقية،

= في منتصف يوليو ١٩٩٥م، تعاونت تايلور مع رومر لوضع ورقة يتم تسليمها لمنظمة الصحة العالمية بحلول ٨ سبتمبر ١٩٩٥م، تتضمن مختلف الخيارات المتاحة لاتخاذ إجراءات دولية لمكافحة التبغ التي يتعين الاضطلاع بها من قبل الأمم المتحدة. سلمت الوثيقة الى منظمة الصحة العالمية في ٢٧ يوليو ١٩٩٥م، حيث حددت خيارات مختلفة لإستراتيجية قانونية دولية لمكافحة التبغ، والتوصية بوضع وتنفيذ الاتفاقية الإطارية بشأن مكافحة التبغ والبروتوكولات ذات الصلة لتعزيز التعاون العالمي والعمل الوطني لمكافحة التبغ.

- في البداية، كانت هناك مقاومة كبيرة بين مسؤولي منظمة الصحة العالمية من الوصول الى الخطوط العريضة لوثيقة تايلور، ورومر. كذلك، كانت هناك مقاومة ولا سيما لاقتراحهم بأن توضع هذه الاتفاقية تحت رعاية منظمة الصحة العالمية، وهي المنظمة التي لم يسبق في تاريخها منذ ٥٠ عاما تقريرا ابرام اتفاقية دولية. مسئولين منظمة الصحة العالمية أوصوا بقوة بأن على واضعي الاقتراح إعادة النظر فيه، وأيضا أوصوا إما بوضع مدونة لقواعد سلوك منظمة الصحة العالمية بشأن مكافحة التبغ أقرب إلى المدونة الدولية لمنظمة الصحة العالمية لتسويق بدائل لبن الأم أو اعتماد قرار غير ملزم من قبل جمعية الصحة العالمية، أو معاهدة تحت إشراف الأمم المتحدة. واقتناعا من رومر وتايلور بأن وضع مدونة لقواعد السلوك غير ملزمة بشأن مكافحة التبغ من المرجح أن تكون غير فعالة. وأن منظمة الصحة العالمية، وليس الأمم المتحدة، هي المحفل المناسب الوحيد للتفاوض بشأن هذه الاتفاقية الصحية العامة على الصعيد العالمي، احتفظ كل من رومر وتايلور بالتوضيحية الأصلية. تبادل بعد ذلك كل من رومر وتايلور المخططات مع منظمة الصحة العالمية. بعد ذلك، اصدر المدير العام لمنظمة الصحة العالمية تقريرا موجزا عن اجتماع المجلس التنفيذي في يناير ١٩٩٦م، بعنوان "جدوى وضع صك دولي لمكافحة التبغ"، تتضمن ملخص الاقتراح الوارد في وثيقة رومر وتايلور. تابعت جمعية الصحة تقرير المدير العام، حتى اصدرت قرارها بتشكيل فريق للإعداد للاتفاقية والتي اعتمدت بعد ذلك.

Ruth Roemer, Allyn Taylor, and Jean Lariviere- Origins of the WHO Framework Convention on Tobacco Control- American Journal of Public Health- June 2005- Vol 95- No. 6- pp. 936 : 937.

وشملت قائمة هذه الدول، الدول الخمس الدائمة العضوية في مجلس الأمن بالأمم المتحدة، والدول الرئيسية المصنعة للتبغ والمصدرة له، فضلا عن العديد من دول العالم النامي والعالم المتقدم، التي تواجه وطأة صناعة التبغ والتسويق والترويج له. كذلك الاتحاد الأوروبي والمنظمات غير الحكومية أدلت ببيان أيضا دعما للاتفاقية وتقدم المدير العام للمنظمة لإدارة إبرام اتفاقية دولية لمكافحة التبغ.^(١)

كما نص هذا القرار على تشكيل الفريق العامل لهيئة التفاوض الحكومية الدولية المفتوحة العضوية أمام مشاركة جميع الدول الأعضاء في المنظمة، والمنظمات الإقليمية للتكامل الاقتصادي وكذلك المراقبين، على أن يختص بالتفاوض على نصوص الاتفاقية والبروتوكولات المحتملة الخاصة بها.^(٢)

1) The Framework Convention on Tobacco Control A Primer , World Health Organization , , op. cit., pg. 3.

2) The Framework Convention on Tobacco Control A Primer , World Health Organization , op. cit. , pp. 2 : 10.

- من الجدير بالذكر ما جاء بهذا المرجع بخصوص دورات هيئة التفاوض الحكومية الدولية الصفحات ٢ : ٥.

في البداية عقد الفريق العامل دورتين في جنيف ٢٥ : ٢٩ أكتوبر ١٩٩٩م وجنيف ٢٩ : ٢٧ مارس ٢٠٠٠م لإعداد مشروع عناصر الاتفاقية وتقديم تقرير إلى الدورة الثالثة والخمسين لجمعية الصحة العالمية التي أصدرت القرار رقم (٥٣-١٦) بالإجماع للدعوة إلى بدء التفاوض بشأن الاتفاقية. وقد عقدت هيئة التفاوض خمسة دورات كالتالي :

١. الدورة الأولى لهيئة التفاوض (جنيف من ١٦ إلى ٢١ أكتوبر ٢٠٠٠م) واشترك فيها عدد ١٤٨ دولة من الدول الأعضاء، وكذلك مراقبون من ست منظمات دولية، والجماعة الأوروبية، وثلاثة ممثلين عن المنظمات الحكومية الدولية الأخرى، و ٢٥ منظمات غير حكومية.

٢. الدورة الثانية لهيئة التفاوض (جنيف، ٣٠ نيسان / ابريل الى ٥ مايو ٢٠٠١م) وحضرها ١٥٨ مشاركا من الدول الأعضاء، والفاتيكان والجماعة الأوروبية، فضلا عن مراقبين من عشر منظمة حكومية دولية.

وقد اعتمدت جمعية الصحة العالمية في ٢١ مايو ٢٠٠٣م الاتفاقية ودخلت حيز النفاذ في ٢٧ فبراير ٢٠٠٥م.^(١) ومنذ ذلك الحين أصبحت واحدة من أكثر الاتفاقيات التي قبلت على نطاق واسع في تاريخ الأمم المتحدة، حيث بلغ عدد أطرافها ١٦٤ دولة.^(٢) ولم تجيز الاتفاقية إبداء أية تحفظات على أحكامها ولكن أجازت الانسحاب بعد مضي عامين من تاريخ بدء نفاذها، على أن يسرى بعد انقضاء عام من تاريخ استلام الأمين العام للأمم المتحدة (الوديع) لإشعار الانسحاب أو في أي تاريخ آخر يحدده إشعار الانسحاب. ويعد الطرف المنسحب من الاتفاقية منسحباً أيضاً من بروتوكولاتها.^(٣)

٣- الدورة الثالثة للهيئة التفاوض عقدت في جنيف في الفترة من ٢٢ إلى ٢٨ نوفمبر ٢٠٠١م. على الرغم من المخاوف الأمنية الدولية، وشارك فيها عدد قياسي من الدول الأعضاء بلغ عدد ١٦٩ دولة.

٤- الدورة الرابعة للهيئة التفاوض (جنيف، ١٨-٢٣ آذار / مارس ٢٠٠٢) وشارك فيها عدد ١٦٠ دولة من الدول الأعضاء.

٥- الدورة الخامسة للهيئة التفاوض (جنيف، ١٤-٢٥ تشرين الأول / أكتوبر ٢٠٠٢) وشارك فيها عدد ١٦٥ دولة من الدول الأعضاء. وفي النهاية أصدر رئيس الهيئة بياناً بالنسخة المنقحة في ١٥ يناير ٢٠٠٣م.

١ (من الجدير بالذكر أنه عقب دخول الاتفاقية حيز النفاذ تقدم فيليب موريس (يمتلك ٤١% من إنتاج التبغ وتجارته على المستوى العالمي) بمبادرة بشأن الاتفاقية الإطارية بشأن مكافحة التبغ ولكنها رفضت.

وكانت تتضمن هذه المبادرة تعهد فيليب موريس بعدم وصول السجائر للقصر والمراقبين مع السماح للاتفاقية بمراقبة حساباته للتأكد من التزامه، مقابل التقليل من فرض قيود الإعلان.

- Hadji M. Mamudu, Ross Hammond, and Stanton A. Glantz- Project Cerberus: Tobacco Industry Strategy to Create an Alternative to the Framework Convention on Tobacco Control- American Journal of Public Health- September 2008- Vol 98- No. 9- pp. 1630 : 1631.

٢ (المصدر: موقع منظمة الصحة العالمية بشبكة المعلومات الدولية (الإنترنت) : <http://www.who.int/fctc/en/index.html> -

٣ (المواد أرقام ٣٠، ٣١، ٣٧ من الاتفاقية بموقع منظمة الصحة العالمية بشبكة المعلومات الدولية (الإنترنت) :

<http://www.who.int/fctc/en/index.html>-

ونعرض أحكام الاتفاقية من خلال أربعة مطالب هي :

المطلب الأول : الغرض المنشود والمبادئ التوجيهية.

المطلب الثاني : التدابير الاقتصادية لمكافحة وباء التبغ.

المطلب الثالث : التزامات الأطراف.

المطلب الرابع : الرقابة على تنفيذ الاتفاقية.

المطلب الأول

الغرض المنشود والمبادئ التوجيهية

تعد الفعالية والالتزام حجرا الزاوية لنجاح أى اتفاقية. فبينما تعرف فعالية الاتفاقية بأنها تحقيق الغرض المنشود من الاتفاقية، يعرف الالتزام بأنه تتطابق سلوك الدول الأطراف مع ما ورد بالاتفاقية. فالالتزام يهتم بتنفيذ الدول الأطراف بما ورد فى الاتفاقية من التزامات خاصة أو عامة، بينما تشير الفعالية إلى تأثير الاتفاقية ككل. ولذا يعد الالتزام إحدى شروط فعالية الاتفاقية. ويصبح من الضروري النص صراحة على الغرض والمبادئ التوجيهية بالاتفاقية لتقييم مدى فعاليتها.^(١)

الأهداف الإنمائية للألفية المستمدة من إعلان الألفية للأمم المتحدة عام ٢٠٠٠م، دعت الدول الأعضاء إلى العمل معا للقضاء على الفقر المدقع والجوع، وتحسين الصحة، وتعزيز التنمية البشرية المستدامة، والتقدم الاقتصادي في أفقر دول العالم. وألقت اللجنة المعنية بالاقتصاد الكلي والصحة بمنظمة الصحة العالمية في عام ٢٠٠١م، الضوء على الصلة بين

1) David G. Victor, Kal Raustiala and Eugene B. Skolnikoff- The Implementation and Effectiveness Of International Environmental Commitments- Massachusetts Institute Press- U.S.A.- 1998- pg. 283.

- Daniel Bodansky- What Makes International Agreements Effective ?- World Health Organization- Genva- 1999- pp. 23 : 25.

ضعف الصحة وانعدام التقدم الاقتصادي. حيث حددت التبغ كسبب رئيسي للمرض والوفاة المبكرة في الدول ذات الدخل المنخفض، وحثت على أن تكون مكافحة التبغ ضرورة لتحسين آفاق الفقراء في العالم. ولذلك أيسدت- آنذاك- منظمة الصحة العالمية اعتماد أول اتفاقية دولية إيطارية بشأن مكافحة التبغ.^(١)

وبناء على ذلك، نصت الاتفاقية على الغرض المنشود من هذه الاتفاقية هو حماية الأجيال الحالية والمقبلة من العواقب الصحية والاجتماعية والبيئية والاقتصادية المدمرة الناجمة عن تعاطي التبغ والتعرض لدخان، وذلك بإتاحة إطار لتدابير مكافحة التبغ التي يتعين أن تنفذها الأطراف على المستوى الوطني والإقليمي والدولي من أجل خفض معدل انتشار تعاطي التبغ والتعرض لدخان بشكل دائم وكبير.^(٢)

ومن أجل تحقيق هذا الغرض تضمنت الاتفاقية عدة مبادئ توجيهية محددة هي:^(٣)

١. يعتبر التبغ من السلع الضارة ؛ وبالتالي يصبح للجمهور الحق في الحصول على معلومات كاملة عن الآثار الصحية المترتبة على

1) Katharine M. Esson, Stephen R. Leeder , The Millennium Development Goals And Tobacco Control , World Health Organization , Geneva , 2004 , pg. x.

- ولمزيد من المعلومات في هذا الخصوص- موقع البنك الدولي بشبكة المعلومات الدولية (الإنترنت):

<http://www1.worldbank.org/tobacco/tcdc.asp>.

2) David P. Fidler- World Health Organization's Framework Convention for Tobacco Control – American Society Of International Law- 28 March 2003- Available at: <http://www.asil.org/insigh100.cfm#author>

- اتفاقية منظمة الصحة العالمية الإطارية لمكافحة التبغ- منظمة الصحة العالمية- جنيف- ٢٠٠٤م- ص٥.

3 (اتفاقية منظمة الصحة العالمية الإطارية لمكافحة التبغ- منظمة الصحة العالمية- جنيف- ٢٠٠٤م- ص٥.

استخدام منتجات التبغ، ويعد القطاع الصحي المسئول الأول عن مكافحة وباء التبغ، ولكي ينجح في تحقيق هذا لا بد من مساهمة جميع جهود قطاعات الدولة والمجتمع.

٢. تلتزم الدول الأطراف بوضع ودعم تدابير شاملة متعددة القطاعات مع التنسيق على المستوى الوطنى والإقليمى والدولى وبمراعاة الأتى :

(أ) ضرورة اتخاذ تدابير لحماية الجميع من التعرض لدخان التبغ.
(ب) ضرورة اتخاذ تدابير للوقاية من استهلاك التبغ وتشجيع ودعم الإقلاع عن استهلاكه والحد منه.

(ج) توسيع قاعدة المشاركة الشعبية بما فيهم السكان الأصليين عند وضع وتنفيذ وتقييم برامج مكافحة التبغ الملزمة لاحتياجاتهم وتطلعاتهم من الناحيتين الاجتماعية والثقافية.

(د) ضرورة اتخاذ التدابير اللازمة لمعالجة الأخطار المترتبة على استهلاك التبغ بالنسبة للجنسين عند وضع استراتيجيات مكافحة التبغ.

٣. يعتبر التزام الأطراف بالتعاون الدولى لمكافحة التبغ أمرا أساسيا فى هذه الاتفاقية، ولا سيما فى نقل التكنولوجيا والمعارف والمساعدة المالية وتوفير الخبرات اللازمة لوضع وتنفيذ برامج فعالة لمكافحة التبغ، مع مراعاة الثقافة المحلية السائدة والعوامل الاجتماعية والاقتصادية والسياسية والقانونية.

٤. تهدف التدابير الشاملة والمتعددة القطاعات للحد من استهلاك التبغ على كل من المستوى الوطنى والإقليمى والدولى، للحيلولة دون حدوث الإصابات بالأمراض والعجز والوفاة.

٥. تحدد كل دولة طرف المسائل الخاصة بالمسؤولية المتعلقة عن الأعمال غير المشروعة فى صناعة وتجارة واستهلاك التبغ فى حدود ولايتها القضائية، وتعد هذه الأمور جزءا هاما من مكافحة التبغ الشاملة.

٦. أهمية المساعدة التقنية والمالية للمعاونة على التحول الاقتصادي لمزارعي التبغ والعاملين في هذا المجال حيث ستتأثر سبل معيشتهم تأثراً بالغاً نتيجة تطبيق برامج مكافحة التبغ في الدول الأطراف النامية وكذلك الدول الأطراف التي تمر اقتصاديتها بمرحلة انتقالية، على أن تعالج هذه الأمور من خلال استراتيجيات موضوعة وطنياً للتنمية المستدامة.^(١)

٧. تعد مشاركة المجتمع المدني أمراً أساسياً لتحقيق الغرض المنشود من الاتفاقية.^(٢)

تلك هي المبادئ التوجيهية السبعة الواردة بالاتفاقية، والتي تهدف إلى تحقيق الغرض المنشود من الاتفاقية بواسطة الآتي:^(٣)

- ١- التأثير الشامل في الدول عند قيامها بوضع وتنفيذ سياسات مكافحة التبغ، وعلى تنفيذ الاتفاقية أيضاً.
- ٢- ضمان أن تكون الجهود المبذولة لمكافحة التبغ شاملة وفعالة. وينبغي على الأطراف أن تنفذ التدابير في جميع فروع الحكومة التي قد يكون لها مصلحة أو القدرة على التأثير في الصبغة العامة وفي السياسات المتعلقة بمكافحة التبغ.
- ٣- مساعدة الدول الأطراف في الوفاء بالتزاماتها القانونية بموجب الفقرة الثالثة من المادة الخامسة من الاتفاقية، حيث تعتمد المبادئ التوجيهية

1) The Framework Convention on Tobacco Control A Primer , World Health Organization , op. cit. , pp. 11 : 12.

2) The Framework Convention on Tobacco Control A Primer , World Health Organization , op. cit. , pp. 15 : 16.

٣ (المصدر: موقع منظمة الصحة العالمية بشبكة المعلومات الدولية (الإنترنت) :
-<http://www.who.int/fctc/guidelines/en/>

- David P. Fidler- World Health Organization's Framework Convention for Tobacco Control – American Society Of International Law- 28 March 2003- Available at:
-<http://www.asil.org/insigh100.cfm#author>

على أفضل الأدلة العلمية المتاحة وخبرة الأطراف في التصدي للتدخل في صناعة التبغ.

٤- وضع وتنفيذ الدول الأطراف لسياسات الصحة العامة فيما يتعلق بمكافحة التبغ. كما تطبق المبادئ التوجيهية أيضا على الأشخاص أو الهيئات أو الكيانات التي تسهم أو يمكن أن تساهم في رسم وتنفيذ وإدارة هذه السياسات.

٥- أي سلطة من سلطات الدولة (التشريعية، القضائية، التنفيذية) مسؤولة عن وضع وتنفيذ سياسات مكافحة التبغ وسياسات للحماية من مصالح القائمين على صناعة التبغ.

٦- تتعهد الدول الأطراف بالقيام بوضع استراتيجيات واسعة تستخدمها للتدخل في صناعة التبغ ولوضع وتنفيذ تدابير مكافحة التبغ، مثل تلك المنصوص عليها بالاتفاقية، والموثقة من قبل مجموعة هائلة من الأدلة العلمية.

ثانيا : الالتزامات العامة^(١)

١ (اتفاقية منظمة الصحة العالمية الإطارية لمكافحة التبغ- منظمة الصحة العالمية- مرجع سابق- ص ٧.

- من الجدير بالذكر ما قامت به مصر من إجراءات تشريعية وتنفيذية لمكافحة وباء التبغ تاريخيا كالتالى : " تجربة مصر مع تشريعات مكافحة التبغ بدأت في عام ١٩٣٣م، عندما صدر المرسوم رقم ٧٤ عام ١٩٣٣م لتنظيم صناعة التبغ تحت سيطرة الدولة. وأعقب ذلك على مر السنين سلسلة من القوانين والقرارات الوزارية لتنظيم المزيد من تطور صناعة التبغ في مصر، ولكنها تركزت على هيكل وتشغيل هذه الصناعة بدلا من التركيز على مراقبة أو منع تعاطي التبغ. صدر التشريع الرئيسي لمكافحة التبغ في عام ١٩٨١م، بمقتضى القانون رقم ٥٢ لسنة ١٩٨١م، للحماية من أذى التدخين (الجريدة الرسمية، العدد ٢٦، يونيو ١٩٨١م) إنطلاقا من دعوة الأمم المتحدة للدول الأعضاء عام ١٩٨٠م بالإعلان عن الانتباه إلى مخاطر استعمال التبغ.

كما صدر أيضا القانون رقم ١٣٧ لسنة ١٩٨١م وكانت أهم أحكامه :

- = فرض حظر على استيراد وتصدير وصنع منتجات التبغ إلا إذا كانت مطابقة للمعايير والشروط المنصوص عليها في قرارات وزارية من وزراء الصحة والصناعة.
- اشتراط أن ألا تتجاوز مستويات القطران ٢٠ ملليغرام لكل سيجارة.
- اشتراط عرض تحذير من أن " للتبغ أضراراً على الصحة" على كل علبة سجائر.
- اشتراط كتابة مستويات النيكوتين والقطران على كل علبة سجائر.
- يحظر على أي سلطة عامة أو هيئة عامة أو القطاع العام أو أي كيان مثل السينما والمسرح والنادي الرياضي الإعلان أو الترويج لبيع السجائر أو غيرها من منتجات التبغ.
- فرض حظر على التدخين في وسائل النقل العام والأماكن العامة والمغلقة.
- الإذن لوزارة الصحة بالإشراف على صناعة السجائر وسائر منتجات التبغ، سواء المستوردة أو المنتجة محلياً، لضمان الامتثال لمتطلبات القانون.
- فرض عقوبات بالسجن والغرامة على مخالفة هذا القانون.
- وفي عام ١٩٩٣م، طرح الدكتور شريف عمر، وهو عضو بارز في مجلس الشعب، تشريعاً يحظر جميع أشكال الإعلان عن التبغ والترويج. وقد تمكن فيليب موريس وآخرين من القائمين على صناعة التبغ من وضع خطة لإجهاض صدور هذا التشريع وقد نجحوا في ذلك.
- كما صدرت الفتوى أو الحكم الذي أدلى به المفتي أن التدخين محظور قطعاً ويتعارض مع مبادئ الشريعة الإسلامية. هذه الفتوى كانت مهمة للغاية في التأثير على المدخنين وغير المدخنين، وخاصة بالنظر إلى حقيقة أن الدين لا يزال في صميم حياة الغالبية العظمى من المصريين.
- عدة مبادرات لمكافحة التبغ قامت بها الحكومة المصرية خلال فترة التسعينيات كالتالي :-
- القانون رقم ٤ لعام ١٩٩٤م، منع التدخين في الأماكن المغلقة ووسائل النقل العام، وفرض الغرامات المالية على المخالفات.
- أصدر وزير الصحة والسكان القرار رقم ٢٨٩ لعام ١٩٩٧م بالحد الأقصى المسموح به لمستوى القطران إلى ١٥ ملليغرام لكل سيجارة.
- أصدر وزير الصحة والسكان القرار رقم ٣٤٤ لعام ١٩٩٧م بإنشاء اللجنة العليا بشأن قضايا مكافحة التبغ، وتضم ممثلين عن جميع الوزارات والسلطات المعنية بالتدخين.
- وكذلك إنشاء مختبرات في القاهرة، والإسكندرية وبورسعيد لتحليل منتجات التبغ لضمان الامتثال لمعايير المنتجات الموصوفة.

= في عام ٢٠٠٢م، أدخل مجلس الشعب عدة تعديلات هامة على قانون ١٩٨١م لمكافحة التبغ وتعزيز أحكامه. وقد أعدت هذه التعديلات وعرضت على مجلس الشعب بواسطة واحد من أبرز دعاة مكافحة التبغ في مصر وهو الدكتور حمدي السيد عضو مجلس الشعب ورئيس نقابة الأطباء المصرية. أعرب وزير الصحة عن تأييده القوي لمشروع القانون، مشددا على أن التدخين وخاصة بين الشباب، هي ظاهرة خطيرة جدا، واصفا إياها بأنها "البوابة الملكية للإدمان" مما يجعل من الضروري استخدام كل الوسائل الممكنة لثني الناس عن التدخين. واشتمل التعديل على مجموعة من التحذيرات، لزيادة أثر التحذيرات وجعل المدخنين أكثر دراية بآثار التدخين الضارة المحددة. ومن هذه التحذيرات ما يلي : "التدخين يسبب العجز الجنسي" و "التدخين يسبب سرطان الرئة" و "التدخين يسبب نوبات قلبية" و "التدخين يسبب انخفاض الوزن عند الولادة والرضع". كما اشتملت هذه التعديلات على إدخال حظر الدعاية من النوع الذي عارضه فيليب موريس وشركاؤه بقوة من قبل شركات التبغ لسنوات عديدة كالتالي :

- يحظر الإعلان أو الترويج لبيع أو استخدام السجائر وسائر منتجات التبغ عن طريق الصحف والمجلات، والصور المتحركة والإذاعة والتلفزيون أو أي وسيلة أخرى.
- التحذير من أن "التدخين يدمر الصحة ويسبب الوفاة"، ويحتل هذا التحذير ثلث الوجه الأمامي من علبة السجائر.
- منع بيع منتجات التبغ للأشخاص الذين يقل عمرهم عن ١٨ سنة.
- يحظر توزيع السجائر أو غيرها من منتجات التبغ في المسابقات أو الجوائز كهدايا مجانية.
- يعاقب بالسجن والغرامة الأشخاص الذين يدانون بتهمة انتهاك هذا القانون.
- وفي النهاية حققت مصر تقدما هاما نحو تشريعات شاملة وكذلك قرارات وإجراءات وزارية، ولكن مازال هناك الكثير مما ينبغي عمله، ولا تزال هناك حاجة إلى التحسينات التي تشمل ما يلي :
- زيادة الضرائب والأسعار للحد من الطلب.
- الحملات الإعلامية والتثقيف في المدارس وبرامج لتثقيف الناس عن آثار استخدام التبغ.
- حظر بيع السجائر بكميات أقل من ٢٠ سيجارة لكل علبة سجائر.
- وقد تطلعت مكافحة التبغ في مصر إلى الأمام نحو هذه التحسينات، ودور منظمة الصحة العالمية في المعاهدة جعلها ممكنة.

- Tools for advancing tobacco control in the 21st century . World Health Organization. Geneva , 2004 , pp. 171 : 176.

كما تتضمن الاتفاقية نوعين من التزامات الدول الأطراف هما الالتزامات العامة والتزامات خاصة بمجالات محددة. وتنقسم الالتزامات العامة إلى نوعين هما:

أولاً: الالتزامات الموضوعية^(١)

١. تطوير السياسات الوطنية في قطاعات متعددة وشاملة لمكافحة التبغ وفقاً للاتفاقية وأي بروتوكولات تكون الدولة طرف فيها.
٢. اعتماد وتنفيذ تشريعات وطنية فعالة لمكافحة التبغ.
٣. حماية هذه الجهود المبذولة لمكافحة التبغ من المصالح التجارية وغيرها من شركات صناعة التبغ.

ثانياً: الالتزامات الإجرائية

١. تلزم الاتفاقية الدول الأطراف على التعاون في وضع سياسات دولية لمكافحة التبغ، وعلى صياغة واقتراح تدابير مختلفة لتنفيذ الاتفاقية وبروتوكولاتها مع المنظمات الدولية الأخرى.
٢. تتعاون الدول الأطراف في حدود الوسائل والموارد المتاحة لها، على جمع الموارد المالية اللازمة لتنفيذ الاتفاقية بفاعلية من خلال آليات التمويل الثنائية والمتعددة الأطراف.

المطلب الثاني

التدابير الاقتصادية لمكافحة وباء التبغ

من الثابت أن لكل وباء وسيلة للعدوى تتمثل في ناقل ينشر المرض والموت. والناقل في حالة وباء التبغ ليس بالفيروس أو الجرثومة ولا بأي كائن مجهرى، وإنما هي إحدى الصناعات وإستراتيجيتها الربح. فوباء تعاطى التبغ ما كان له أن يعرف

1) David P. Fidler- World Health Organization's Framework Convention for Tobacco Control – American Society Of International Law- 28 March 2003- Available at:
- <http://www.asil.org/insigh100.cfm#author>

اليوم لولا قيام صناعة التبغ بالتسويق والترويج لمنتجاتها القاتلة على مدى القرن الماضي.^(١)

فمن الثابت عمليا، أن شركات التبغ تلجأ إلى جميع الوسائل والطرق المشروعة وغير المشروعة لتعظيم عائداتها الربحية من صناعة وتجارة التبغ. تاريخيا استطاعت شركات التبغ التدخل في إدارة العملية السياسية داخل العديد من الدول.^(٢) على سبيل المثال، تمويل حملات الدعاية الانتخابية للمسؤولين الرسميين بتلك الدول. ولذلك تتمكن من القيام بالآتي:

١. تحويل النظر بجدية عن استراتيجيات مكافحة التبغ.

٢. نزع فتيل الدعوة إلى تشريع مكافحة التبغ.

٣. وفي حالة نجاح تلك الدعوة تضغط شركات التبغ للمساس بفعاليتها.

٤. تقويض فعالية تدابير الرقابة على التنفيذ.

كما تلعب شركات التبغ دورا كبيرا بواسطة وكالات الدعاية والإعلان للضغط على حكومات الدول لتبنى استراتيجيات تخدم اهدافها الربحية. على سبيل المثال، زيمبابوي يبلغ ثلث عائداتها من النقد الأجنبي الذي يرجع لتصدير التبغ، كما توظف شركات التبغ حوالي ٦% من السكان. كندا أيضا عندما رفعت الضرائب على منتجات التبغ، قامت شركات التبغ بتمويل عمليات التهريب إلى داخل كندا وحاولت إقناع الرأي العام بأن زيادة معدلات التهريب بسبب ارتفاع الضرائب على منتجات التبغ.^(٣)

1 (متعة الحياة بدون تبغ، تقرير منظمة الصحة العالمية عن وباء التبغ العالمي عام ٢٠٠٨م - منظمة الصحة العالمية- جنيف- ٢٠٠٨م- ص ٢١.

2) Douglas Blanke And William Mitchell - Towards health with justice: Litigation and public inquiries as tools for tobacco control- Center for Tobacco Control Research and Education- San Francisco University- 2002- pg. 12.

3) Jeff Collin, Kelley Lee and Karen Bissell- The Framework Convention on Tobacco Control: The Politics of Global=

ولذا تلعب المواجهة الاقتصادية دورا كبيرا في أعمال مكافحة هذا الوباء. حيث تفترض النظرية الاقتصادية أن المستهلكين عادة ما يعرفون ما هو أنفع لهم أو لصالحهم - مفهوم سيادة المستهلك^(١) - إذ تفترض النظرية أن للأشخاص أيضا تحديد خيارات الاستهلاك، بما في ذلك تقرير ما إذا كان منتج معين في كل سوق تنافسية حرة سيكون أكثر كفاءة في تخصيص الموارد النادرة في المجتمع. ومن الثابت أن التبغ سلعة ضارة للمستهلكين الأمر الذي يظهر إخفاقات بالسوق، وبالتالي يبرر تدخل الدولة لإصلاح هذه الإخفاقات من خلال مجموعة من التدابير الاقتصادية تهدف إلى التدخل في سوق التبغ لتصحيح تلك الإخفاقات المؤدية إلى انعدام الكفاءة الاقتصادية من خلال الآتي:^(٢)

-
- ^١ =Health Governance- Third World Quarterly- U.S.A.- April 2002- Vol. 23- No. 2- pp. 268 : 276.
- من الجدير بالذكر في هذا الخصوص ماورد بذات المرجع والصفحات أنه بعد تمرير قانون يحظر الإعلان عن التبغ في الأكوادور. قامت شركات التبغ بتعبئة الصحفيين في جميع انحاء أمريكا اللاتينية، وفي النهاية أعترض عليه رئيس الجمهورية.
- 1 (من الجدير بالذكر أن فكرة سيادة المستهلك تعني أن المستهلكين هم الذين يملون برغباتهم على من يتخذون قرارات الإنتاج على نحو لا يمكن معه في نهاية الأمر إنتاج إلا ما يأمر به المستهلكون.
- الأستاذ الدكتور/محمد دويدار، مبادئ الاقتصاد السياسي، الدار الجامعية، ٢٠٠٠م، ص ٢٠٠.
- الأستاذ الدكتور/حازم الببلاوي، أصول الاقتصاد السياسي، مرجع سابق، ص ٣٤.
- 2 (مكافحة التبغ في الدول النامية بموقع البنك الدولي بشبكة المعلومات الدولية (الإنترنت):
- <http://web.worldbank.org/WBSITE/EXTERNAL/TOPICS/EXTHEALTHNUTRITIONANDPOPULATION/EXTETC/0,,contentMDK:20226973~menuPK:376607~pagePK:148956~piPK:216618~theSitePK:376601,00.html>
- World Trade Organization Agreements And Public Health- World Trade Organization- Printed by the W.T.O.- 2002- pp. 72 : 73.

١. تقييد الطلب على التبغ من خلال ضمان وصول المعلومات عن الأخطار الصحية للتدخين للمستهلكين والتوعية بمخاطر إدمان التبغ وحماية غير المدخنين من التدخين السلبي. وكذلك التدابير السعرية والضريبية.
 ٢. تقييد عرض منتجات التبغ بواسطة منع الاتجار غير المشروع، وكذلك منع البيع للقصر أو بواسطة تدعيم الدعم للأنشطة البديلة.
- ولذلك نصت الاتفاقية على تلك التدابير الاقتصادية كما يلي :

أولاً : التدابير المتعلقة بالحد من الطلب على التبغ .

مع بداية عقد التسعينيات، وعلى أثر ظهور الغولمة وتحرير التجارة العالمية^١ وجدت شركات التبغ الأمريكية فيهما متنافس لها بعد الضغوط التي تعرضت لها داخل السوق الأمريكية. فتوجهت تلك الشركات بقوة لأسواق الدول النامية بالرغم من وجود قيد صحي على تحرير التجارة سواء باتفاقية الجات أو باتفاقات منظمة التجارة العالمية. كما استغلت تلك الشركات حكم التحكيم في قضية تايلند في تقويض القيد الصحي الوارد باتفاقيات تحرير التجارة العالمية. وتعود وقائع تلك القضية إلى الحظر الذي فرضته تايلند على واردات التبغ في بداية التسعينيات استناداً على القيد الصحي الوارد باتفاقية الجات. دفع الممثل التجاري لحكومة الولايات المتحدة الأمريكية بعدم مشروعية هذا الحظر لقيام حكومة تايلند بإنتاج التبغ داخلياً. وانتهى حكم التحكيم باعتبار هذا الحظر إجراء تمييزي مرفوض باتفاقية الجات.^(٢)

-
- 1) Allyn Taylor - WHO Framework Convention on Tobacco Control: a global "good" for public health- Bulletin of the World Health Organization- 2000- Vol. 78- No. 7- pp. 921 : 922.
 - 2) LOURDES I. CATALÁ- THE FRAMEWORK CONVENTION ON TOBACCO CONTROL: EFFECTS OF INTERNATIONAL TOBACCO REGULATION IN BRAZIL- op. cit.- pg. 34 : 35.
 - World Trade Organization Agreements And Public Health- World Trade Organization- op. cit.- pg. 74.

وعلى أثر ما سبق تضخم الطلب العالمى على منتجات التبغ. ولذا تضمنت الاتفاقية على العديد من التدابير التى تهدف إلى الحد من الطلب على منتجات التبغ ويمكن تقسيمها إلى نوعين هما :

أ. تدابير سعرية أو ضريبية^(١)

تقرر أحد القواعد الأساسية لعلم الاقتصاد أنه حينما يرتفع سعر سلعة ما فإن حجم الطلب على هذه السلعة ينخفض. ففي الماضى كان يحتج البعض بأن مدمني التدخين لا يتأثرون بهذه القاعدة، فالمدمنون قد أدمنوا التدخين للحد الذى يجعلهم مستعدين لدفع أى سعر فى سبيل الاستمرار فى تدخين نفس العدد من السجائر لإرضاء رغباتهم. إلا أنه ثبت عكس ذلك الآن، حيث إن طلب المدخنين على التبغ يتأثر تأثراً قوياً بالأسعار ولكنه لايلغى الطلب تماماً. بل تعد زيادة الضرائب المفروضة على منتجات التبغ الخيار الأول فى استراتيجيات مكافحة التبغ.^(٢) فزيادة الضرائب القوي حدثت فى كندا فى الفترة ما بين ١٩٨٢م : ١٩٩٢م على سبيل المثال، قد أدت إلى زيادة حادة فى أسعار السجائر فانخفض الاستهلاك انخفاضاً كبيراً. وقد ثبت أن زيادة الأسعار تشجع بعض الناس على الامتناع عن التدخين، وتمنع آخرين من البدء فيه، وأن هذه الزيادات تخفض عدد المدخنين السابقين الذين يستأنفون عادة التدخين.^(٣) ولذلك تضمنت الاتفاقية الالتزامات الآتية :

1 () اتفاقية منظمة الصحة العالمية الإطارية لمكافحة التبغ - منظمة الصحة العالمية -

مرجع سابق - ص ٨.

2) Kenji Shibuya, Christina Ciecierski, Emmanuel Guindon, Douglas W Bettcher, David B Evans And Christopher J L Murray- WHO Framework Convention on Tobacco Control: development of an evidence based global public health treaty- British Medical Journal -19 July 2003- Vol. 327- pg. 155.

3 () كبح جماح الوباء، الحكومات واقتصاديات مكافحة التبغ، البنك الدولي، منظمة الصحة العالمية، المكتب الإقليمى لشرق المتوسط، الإسكندرية ، ٢٠٠٠م، الصفحات ٣٨ :

١- التزام الدول الأطراف باتخاذ التدابير السعرية والضريبية كوسيلة فعالة وهامة في خفض استهلاك التبغ من قبل مختلف فئات السكان وخاصة الشباب.

٢- يضع كل طرف في غاياته الوطنية في مجال الصحة ما يتعلق بمكافحة التبغ، ويعتمد أو يحافظ على التدابير الآتية :

(أ) تطبيق سياسات ضريبية، وعند الاقتضاء سياسات سعرية، على منتجات التبغ التي من شأنها الإسهام في بلوغ الغايات الصحية الرامية إلى الحد من استهلاك التبغ.

(ب) القيام حسب الاقتضاء بحظر أو تقييد مبيعات منتجات التبغ المعفاة من الضرائب والرسوم الجمركية للمسافرين الدوليين أو توريدها من قبلهم.

٣- تزود الدول مؤتمر الأطراف ضمن تقاريرها الدورية بمعدلات الضرائب المفروضة على منتجات التبغ وباتجاهات استهلاكه.

ب. التدابير غير السعرية^(١)

تلعب التشريعات دوراً رئيسياً في تنظيم كافة الممارسات التجارية، كما أنها تضيف الطابع المؤسسي على البرامج المختلفة لمكافحة التبغ مثل الأعلام بمحتويات منتجات التبغ وتنظيم ممارسات الدعاية والإعلان وكذلك توعية وتنقيف المستهلكين. ولذا أقرت الاتفاقية بأن التدابير غير السعرية الشاملة وسيلة فعالة وهامة للحد من استهلاك التبغ. كما ألزمت كل طرف باتخاذ

== من الجدير بالذكر ما جاء بصفحة ٣٧ بهذا المرجع " بأنه جاء في كتاب آدم سميث " ثروة الأمم " عام ١٧٧٦م أن ضريبة التبغ تعفى الفقراء من بعض أثقل الضرائب، وهي تتيح للفقراء أن يعيشوا حياة أفضل وأن يعملوا برأسمال أقل، وأن يرسلوا سلعهم إلى السوق بأسعار أرخص وبذلك يزداد الطلب على عملهم وترتفع بالتالي دخول الفقراء وتتضاعف مكاسب الاقتصاد برمته.

1 (اتفاقية منظمة الصحة العالمية الإطارية لمكافحة التبغ - منظمة الصحة العالمية - مرجع سابق - الصفحات ٩ : ١١ .

التدابير التشريعية الفعالة الضرورية، والتعاون مع الأطراف الأخرى تعاوناً مباشراً أو عن طريق هيئات دولية مختصة بهدف تطبيق تلك التدابير.^(١) وقد أعطت الاتفاقية مؤتمراً الأطراف اختصاص إصدار قرارات تتضمن مبادئ توجيهية مناسبة لتطبيق أحكام الخاصة بالتدابير غير السعرية. وتشتمل التدابير غير السعرية على الآتي:

١. الحماية من التعرض لدخان التبغ

من الثابت علمياً أن التعرض لدخان التبغ له أضراره على الصحة (التدخين السلبي)، ولذا اتخذت بعض الدول من هذه القاعدة أساساً لسن قواعد قانونية من أجل حظر التدخين في الأماكن المغلقة ووسائل المواصلات وأماكن العمل، وكان لها أثر كبير في الحد من الطلب على منتجات التبغ. فعلى سبيل المثال طبقت الولايات المتحدة الأمريكية هذه القيود فانخفضت نسبة استهلاك التبغ بنسبة تتراوح بين ٤% إلى ١٠% إلا أنه يتوقف النجاح في تطبيق هذه القيود على وجود شكل عام من الدعم الاجتماعي، كما يتطلب توافر الوعي بالعواقب الصحية للتعرض لدخان التبغ في البيئة المحيطة بالإنسان.^(٢) ولذا ألزمت الاتفاقية الدول الأطراف بالاعتراف بهذه الحقيقة العلمية لأضرار التدخين السلبي الذي يسبب الأمراض والعجز والوفاة.

وتعد البيئات الخالية من التدخين تعد من أكثر الطرق فعالية للحد من التدخين والبدء فيه، من خلال الإقلال من القبول الاجتماعي للتدخين.^(٣) فتضمنت الاتفاقية تصان يلزم الدول الأطراف باعتماد وتنفيذ تدابير تشريعية

1) Douglas Blanke And Vera da Costa e Silva- Tobacco control legislation: an introductory guide- Center for Tobacco Control Research and Education- San Francisco University- 2004- pg. 49.

2) كبح جماح الوباء، الحكومات واقتصاديات مكافحة التبغ، البنك الدولي، منظمة الصحة العالمية، المكتب الإقليمي لشرق المتوسط، مرجع سابق، الصفحات ٥٢ : ٥٣.

3) Douglas Blanke And Vera da Costa e Silva- Tobacco control legislation: an introductory guide- op.cit- pg. 102..

وتتفذية وإدارية وغيرها من التدابير التي توفر الحماية من التعرض لدخان التبغ فى أماكن العمل الداخلية ووسائل النقل العام والأماكن العمومية الداخلية وحسب الاقتضاء الأماكن العامة الأخرى.^(١)

٢. تنظيم محتويات منتجات التبغ والكشف عنها

المواد التي تصنع منها منتجات التبغ وتقدم للجمهور تثير مجموعة من المشاكل وهى:^(٢)

المستهلكين ليس لديهم معلومات جديرة بالثقة حول جرعات القطران والنيكوتين وأول أكسيد الكربون وغيرها من المواد الخطرة التي يتعرضون لها عند التدخين السجائر.

المحتويات الكيميائية لمنتجات التبغ لا تزال لغزا ليس فقط للمدخنين، ولكن حتى للحكومات.

فى معظم الدول، المصنعين أحرار فى إضافة مواد خطيرة دون أي اختبار أو قيود قانونية.

على نحو متزايد، يتم إدخال مواد جديدة فى صناعة السجائر دون أية مراقبة حكومية.

ويمكن تصميم صناعة السجائر بطرق تخلق مخاطر الحرائق الخطيرة. استجابت الاتفاقية ونظمت الكيفية اللازمة لمواجهة هذه المشكلات، حيث أوردت اختصاص لمؤتمر الأطراف بالتشاور مع الهيئات الدولية المختصة لوضع مبادئ توجيهية لاختبار وقياس محتويات منتجات التبغ

١) من الجدير بالذكر أن مؤتمر الأطراف، وفقا للماد السابعة من الاتفاقية، فى دورته الثانية والثالثة اعتمد سبعة مبادئ توجيهية للحماية من التعرض لدخان التبغ غير المباشر بخلاف عدد من التعاريف المتعلقة بتحديد دخان التبغ غير المباشر والأماكن المغلقة وخلافه.

المصدر: موقع منظمة الصحة العالمية بشبكة المعلومات الدولية (الإنترنت):

<http://www.who.int/fctc/guidelines/en/>

2) Douglas Blanke And Vera da Costa e Silva- Tobacco control legislation: an introductory guide- op. cit.- pp. 106 : 107.

والانبعاثات الصادرة عنها وتنظيم هذه المحتويات والانبعاثات. كما يعتمد كل طرف وينفذ تدابير تشريعية وتنفيذية وإدارية تطبيقاً لما يقرره مؤتمر الأطراف في هذا الخصوص.

٣. تغليف وتوسيم منتجات التبغ

لوحظ في الدول التي تصل فيها المعلومات الخاصة بالآثار الصحية للتدخين إلى المستهلكين بطريقة معقولة، تنتشر بها المفاهيم المغلوطة حول هذه الآثار. ويعود سبب ذلك في جانب منه إلى طريقة تغليف السجائر وتوسيمها. ففي التسعينيات على سبيل المثال، عمد الكثيرون من مصنعي التبغ إلى وصف أصناف معينة من السجائر بعبارة "منخفض القطران" أو "منخفض النيكوتين". واعتقد مدخنون كثيرون في الدول ذات الدخل المرتفع أن هذه الأصناف هي أكثر أماناً عن غيرها. ولذلك أصيب الكثيرون من المستهلكين بالجيزة والتشويش حول مقومات دخان التبغ، كما أخفق التغليف في تزويدهم بالمعلومات الكافية عن المنتج الذي يشترونه.^(١)

إذا نظمت الاتفاقية هذه المسألة وألزمت كل دولة طرف بتطبيق تدابير فعالة في غضون ثلاث سنوات بعد نفاذ الاتفاقية ووفقاً لقانونها الوطني لضمان ما يلي:^(٢)

(أ) عدم الترويج عن طريق تغليف منتج التبغ وتوسيمه بأي وسيلة كاذبة أو مضللة أو خادعة أو قد تعطي انطباعاً خاطئاً عن خصائصه أو آثاره الصحية أو أخطاره.

1 (كبح جماح الوباء، الحكومات واقتصاديات مكافحة التبغ، البنك الدولي، منظمة الصحة العالمية، المكتب الإقليمي لشرق المتوسط، مرجع سابق، ص ٤٧.

2) Douglas Blanke And Vera da Costa e Silva- Tobacco control legislation: an introductory guide- op. cit.- pg. 108.

- David P. Fidler- World Health Organization's Framework Convention for Tobacco Control – American Society Of International Law- 28 March 2003- Available at:

- <http://www.asil.org/insigh100.cfm#author>.

(ب) أن تحمل كل علبة أو عبوة من منتجات التبغ بأى شكل من أشكال التوسيم الخارجيين بالتحذيرات الصحية، تصف آثار التبغ الضارة، ويجوز أن تحمل رسائل مناسبة أخرى، على أن يشترط فى هذه التحذيرات والرسائل ما يلى :

١. أن تكون معتمدة من السلطات الوطنية المختصة.
 ٢. أن تكون متغيرة.
 ٣. أن تكون كبيرة وواضحة وظاهرة للعيان ومقروءة.
 ٤. تغطي مساحة ٥٠% أو أكثر من مساحة العرض ولا تقل عن ٣٠%.
 ٥. هذه التحذيرات قد تتخذ شكل الصور أو النقوش أو الأثنين معا.
- كما تضمنت الاتفاقية التزامات على الدول الأطراف بأن تتضمن كل علبة وعبوة من منتجات التبغ معلومات عن مكونات منتجات التبغ وانبعاثاتها. على أن تكون كل هذه التحذيرات والرسائل والمكونات بلغة كل بلد تسوق فيها.

٥. التثقيف والتدريب وتوعية الجمهور

يلعب مستوى الوعي العام بخطورة التبغ على الصحة دورا رئيسيا فى إستراتيجية مكافحة. ولا سيما فى الدول النامية، حيث انخفاض مستويات الإلمام بالقراءة والكتابة ومحدودية قنوات الاتصال بالجمهور وعدم وجود بنية تحتية متطورة تسهم فى حل هذه المشكلة.^(١)

كما أن استجابة المراهقين للمعلومات التى تتحدث عن العواقب البعيدة المدى لأى عمل يؤثر فى صحتهم، لا تساوى استجابة البالغين لنفس المعلومات. ويعود ذلك فى جانب منه إلى طبيعة ارتباط سلوك المستهلكين بالحاضر من جهة، وإلى أن المراهقين يميلون إلى التمرد على نصائح

1) Douglas Blanke And Vera da Costa e Silva- Tobacco control legislation: an introductory guide- op. cit.- pg. 51.

البالغين من جهة أخرى. ولذلك لم تثبت الفاعلية الكاملة للبرامج المدرسية المتعلقة بالتنقيف والتوعية.^(١)

ولذلك حثت الاتفاقية كل دولة طرف بتعزيز توعية الجمهور عامة بقضايا مكافحة التبغ باستخدام كل وسائل الاتصال المتاحة. ولبلوغ هذه الغاية يعمل كل طرف على اعتماد وتنفيذ تدابير تشريعية وتنفيذية وإدارية وغيرها من التدابير الفعالة من أجل تعزيز الآتي:^(٢)

(أ) توسيع نطاق الاستفادة من البرامج الفعالة والشاملة لتنقيف وتوعية الجمهور بشأن المخاطر الصحية بما في ذلك الخصائص الإدمانية لاستهلاك التبغ والتعرض لدخانه.

(ب) توعية عامة الناس بشأن المخاطر الصحية المحتملة المترتبة على استهلاك التبغ والتعرض لدخانه وعن فوائد الإقلاع عن تعاطي التبغ.

1) كبح جماح الوباء، الحكومات واقتصاديات مكافحة التبغ، البنك الدولي، منظمة الصحة العالمية، المكتب الإقليمي لشرق المتوسط، مرجع سابق، ص ٤٩.

- Charles King, Carolyn Celebucki, And Gregory N. Connolly- An Evaluation of Brand-Specific Advertising in Relation to Youth Readership- Journal of the American Medical Association- 18 February 1998- Vol. 279, No. 7- pp. 517 : 519.

2) Allyn Taylor - WHO Framework Convention on Tobacco Control: a global "good" for public health- Bulletin of the World Health Organization- op. cit- pg. 925.

- Prabhat Jha And Frank Chaloupka- Tobacco Control In Developing Countries- Oxford University press- U. K.- 2000- pp. 177 : 214.

- David P. Fidler- World Health Organization's Framework Convention for Tobacco Control - American Society Of International Law- 28 March 2003- Available at: <http://www.asil.org/insigh100.cfm#author>.

(ج) حصول عامة الناس، طبقاً لأحكام القانون الوطنى، على مجموعة واسعة من المعلومات عن صناعة التبغ المتعلقة بالغرض المنشود من الاتفاقية.

(د) وضع برامج فعالة وملائمة للتدريب أو التثقيف والتوعية بشأن مكافحة التبغ تكون موجهة لأشخاص مثل العاملين الصحيين والعاملين فى المجتمعات المحلية والمرشدين الاجتماعيين والعاملين فى المجال الإعلامى والمربين وصناع القرار والإداريين وسائر الأشخاص المعنيين.

(هـ) توعية ومشاركة الهيئات العامة والخاصة والمنظمات غير الحكومية التى ليست لها أى علاقات بدوائر صناعات التبغ، فى وضع وتنفيذ برامج واستراتيجيات مشتركة بين القطاعات من أجل مكافحة التبغ.

٦. حظر الإعلان والترويج لمنتجات التبغ.

من الثابت أن فرض حظر الإعلان وأنشطة الترويج لمنتجات التبغ له أثره الفعال فى الحد من استهلاك التبغ، ولكن هذا الأثر لا يتحقق إلا إذا كان الحظر شاملاً ويغطى كافة وسائل الإعلام، وكافة الأشكال التى تستخدم فيها الأسماء والعلامات التجارية.^(١)

ولذلك أوجبت الاتفاقية بالتزام الدول الأطراف بفرض حظر شامل على الإعلان والترويج لمنتجات التبغ. كما يفرض كل طرف وفقاً لدستوره أو مبادئه الدستورية هذا الحظر بالإطار القانونى والوسائل التقنية المتاحة على أن يمتد هذا الحظر عبر حدود كل طرف، وتتعاون الأطراف لتيسير القضاء على عملية الإعلان عبر الحدود. ويتخذ كل طرف فى غضون خمس سنوات

١ (كبح جماح الوباء، الحكومات واقتصاديات مكافحة التبغ، البنك الدولى، منظمة الصحة العالمية، المكتب الإقليمى لشرق المتوسط، مرجع سابق، ص ٤٩.

- Henry Saffer- Tobacco advertising and promotion- Oxford University press- U. K- 2000- pg. 233.
- Jeff Collin, Kelley Lee and Karen Bissell- The Framework Convention on Tobacco Control: The Politics of Global Health Governance- op. cit.- pg. 269.

من بدء نفاذ الاتفاقية تدابير تشريعية وتنفيذية وإدارية ملائمة وأى تدابير أخرى ملائمة فى هذا الصدد. أما إذا لم يستطع أى طرف من فرض هذا الحظر الشامل بسبب دستوره أو مبادئه الدستورية فيتعهد بفرض قيود على جميع أشكال الإعلان عن التبغ والترويج له. كما يقوم كل طرف، كحد أدنى، وفقاً لدستوره أو مبادئه الدستورية بما يلى: ^(١)

(أ) مطالبة دوائر صناعة التبغ، إذا لم يتم فرض الحظر الشامل، بالكشف للسلطات الحكومية المعنية عما تنفقه على أنشطة الإعلان والترويج للتبغ. ويجوز لهذه السلطات أن تقرر إتاحة تلك الأرقام لعامة الناس ولمؤتمر الأطراف.

(ب) فرض الحظر أو فى حالة عدم تمكن طرف ما من فرض الحظر، تفرض قيود على رعاية التبغ فى اللقاءات والأنشطة الدولية.

٧. التدابير المتعلقة بالإقلاع عن التبغ

من التدابير التى تؤدى إلى انخفاض استهلاك التبغ هى توفير برامج العلاج المختلفة الرامية إلى وقف التدخين، بما فى ذلك التدريب الفردى والعلاج بالمستشفيات وإتاحة مجموعة كبيرة من المنتجات الصيدلانية المخصصة للمساعدة للامتناع عن التدخين كمنتجات المعالجة بتعويض النيكوتين. ^(٢)

1 (اتفاقية منظمة الصحة العالمية الإطارية لمكافحة التبغ - منظمة الصحة العالمية - مرجع سابق - ص ١١.

- للإطلاع على الحرب التى أدارها فيليب موريس ضد المسؤولين الرسميين بجمهورية مصر العربية لمنع إصدار تشريع يحظر الدعاية والإعلان لمنتجات التبغ واردة بالمرجع التالى:

- Douglas Blanke And Vera da Costa e Silva- Tobacco control legislation: an introductory guide- op. cit.- pp. 172 : 176.
2) David Sweanor, and Joy de Beyer- Smoking cessation and nicotine-replacement therapies- Oxford University press- U. K- 2000- pg. 304.

وتتفيذاً لحق الإنسان في الحصول على خدمات الرعاية الصحية
ألزمت الاتفاقية الدول الأطراف بوضع مبادئ توجيهية مناسبة وشاملة
ومتكاملة، قائمة على القرائن العلمية لأفضل الممارسات للإقلاع عن التبغ،
ووضع البرامج اللازمة للإقلاع عن تعاطي التبغ وكذلك العلاج الملائم.
وذلك من خلال ما يلي: (١)

(أ) تصميم وتنفيذ برامج فعالة بهدف التشجيع على الإقلاع عن تعاطي
التبغ.

(ب) إدماج التشخيص والعلاج وخدمات إساءة المشورة بشأن الإقلاع عن
تعاطي التبغ في البرامج الوطنية الصحية والتعليمية والخطط
والاستراتيجيات الوطنية.

- كبح جماح الوباء، الحكومات واقتصاديات مكافحة التبغ، البنك الدولي، منظمة الصحة
العالمية، المكتب الإقليمي لشرق المتوسط، مرجع سابق، الصفحات ٥٣ : ٥٤.

- من الجدير بالذكر ما جاء في هذا الخصوص بالمرجع أعلاه وبذات الصفحات أن :
" أن منتجات المعالجة بتعويض النيكوتين، سواء ما كان منها في شكل لصاقة أو لبان
أو رذاذ أو منشفة، تطلق جرعات منخفضة من النيكوتين دون أن تطلق معها ما
يحويه دخان التبغ من عناصر أخرى ضارة. وتعتبر الهيئات والمؤسسات الطبية
الرئيسية في الدول ذات الدخل المرتفع هذه العلاجات البديلة علاجات مأمونة وفعالة
إذا ما استخدمت على الوجه الصحيح. وقد انتهى قدر كبير من البحوث إلى أن هذه
العلاجات تضاعف معدلات النجاح للجهود الأخرى التي تبذل في سبيل الامتناع عن
التدخين. ولقد ثبت نجاح دواء البوبروبيون (bupropion) في التجارب التي أجريت
في الولايات المتحدة. ولعل من أهم ميزات العلاجات المعوضة للنيكوتين، أن في
الإمكان استعمالها ذاتياً (دون الحاجة للمساعدة من الغير). وهذه الميزة تعزز نفعها
العملي للمدخنين الراغبين في الإقلاع عن التدخين، في الدول التي لا يتوافر فيها إلا
القليل من الإمكانيات التي يستطيع المهنيون الصحيون أن يجدوها عند الحاجة."

1) Benjamin Mason Meier- Breathing Life into the Framework
Convention on Tobacco Control: Smoking Cessation and the
Right to Health- Yale Journal Of Health Policy, Law And
Ethics- Vol. 5- Issue 1- pp. 159 : 161.

- اتفاقية منظمة الصحة العالمية الإطارية لمكافحة التبغ- منظمة الصحة العالمية-
مرجع سابق- ص ١٣.

(ج) إقامة برامج ضمن مرافق الرعاية الصحية ومراكز التأهيل الصحي، للتشخيص وإسداء المشورة والوقاية من الاعتماد على التبغ وعلاجه.

(د) التعاون مع سائر الأطراف الأخرى على تيسير الحصول بتكلفة ميسورة على العلاج بما في ذلك المنتجات الصيدلانية.

ثانياً: التدابير المتعلقة بالحد من عرض التبغ .

من الثابت أنه إذا تم منع مصدر أو مورد لأي سلعة، فسرعان ما يظهر ويبرز مصدر أو مورد آخر لذات السلعة مادام هناك طلب قوى عليها. ولذا فتحريم التبغ لن يكون ممكناً أو مؤثراً، ولعدة أسباب أخرى، منها أنه لو تم التحريم فإن استعمالها سيكون على أوسع نطاق، كما هو الحال بالنسبة للعديد من أنواع المخدرات غير المشروعة، كما أن التحريم يولد مجموعة من المشكلات إذ يحتمل أن يزيد من الأنشطة الإجرامية.^(١)

لذلك نظمت الاتفاقية عدة تدابير للحد من الكميات المعروضة لمنتجات التبغ كالتالي :

١. القضاء على الإتجار غير المشروع بمنتجات التبغ .

يعتبر تهريب السجائر من المشكلات الخطيرة، ويقدر بأن حوالى ثلاثين بالمائة من السجائر التي يتم تصديرها دولياً يتم تداولها عن طريق التهريب. وتعتبر هذه النسبة أعلى بكثير من نسبة تهريب معظم السلع الاستهلاكية التي يتم الإتجار فيها دولياً. ويرجع السبب في ذلك إلى الفروق الشاسعة في الضرائب بين الدول وخاصة الدول المتجاورة.^(٢)

وقد حرصت الاتفاقية على إلزام الدول الأطراف بالقضاء على الاتجار غير المشروع بمنتجات التبغ، بما في ذلك التهريب والتصنيع غير المشروع

١) كبح جماح الوباء، الحكومات واقتصاديات مكافحة التبغ، البنك الدولي، منظمة الصحة العالمية، المكتب الإقليمي لشرق المتوسط، مرجع سابق، ص ٥٨.

2) Douglas Blanke And Vera da Costa e Silva- Tobacco control legislation: an introductory guide- op. cit.- pg. 110.

والتقليد. كما تلتزم بسن التشريعات الوطنية وتنفيذها والمعاهدات الإقليمية والعالمية كعناصر أساسية في مكافحة التبغ. وتستخدم الأطراف أسلوب منح التراخيص للتصنيع الشرعي لمراقبة أو تنظيم إنتاج منتجات التبغ وتوزيعها، كما تتخذ التدابير التشريعية أو التنفيذية أو الإدارية أو التدابير الفعالة الأخرى لضمان وضع علامة لكل علب أو عبوات منتجات التبغ لتحديد مصدرها، وتكتب باللغة أو اللغات الرسمية للدولة. ولبلوغ هذه الغاية يعمل كل طرف على ما يلي: (١)

1 (اتفاقية منظمة الصحة العالمية الإطارية لمكافحة التبغ - منظمة الصحة العالمية -

مراجع سابق - الصفحات ١٤ : ١٦ .

- David P. Fidler- World Health Organization's Framework Convention for Tobacco Control - American Society Of International Law- 28 March 2003, Available at: <http://www.asil.org/insigh100.cfm#author>.

- من الجدير بالذكر في هذا الخصوص أن جمهورية إيران الإسلامية - حال التفاوض لإبرام الاتفاقية - اقترحت ثلاثة تدابير لمواجهة مشكلة التهريب وهي:

- تطبيق العقوبات الجنائية لأولئك القائمين على دعم وتمويل التهريب.

- تطبيق المسؤولية المدنية على المنتجين والمستوردين والمضمرين عن الأضرار الناشئة عن التهريب.

- مسؤولية الحكومات لفشلها في تنفيذ الاتفاقية.

بينما طرحت الولايات المتحدة الأمريكية ومنظمة الجمارك العالمية اقتراح لمواجهة هذه مشكلة بإبرام بروتوكول خاص بها يتضمن الموضوعات الآتية:

نطاق تبادل المعلومات، مراقبة تحركات المشتبه فيهم، ترتيبات الحصول على المساعدة، استرداد المطالبات الجمركية لمنتجات التبغ المهربة، ترتيبات لتبادل زيارة المسؤولين الرسميين، إقرار نظام لتقاسم التكلفة.

قرر فريق التفاوض لإبرام الاتفاقية بأن موضوعات البروتوكول المقترح تمثل تنفيذ مفصل وشامل لمبدأ عام واحد هو التعاون والمساعدة المتبادلة، والذي ورد بالاتفاقية بعد ذلك.

- Smuggling provisions in the FCTC- Action on Smoking and Health (London)- 25 November 2001- Available at : <http://www.ash.org.uk/>

(أ) رصد وجمع البيانات عن الاتجار بمنتجات التبغ عبر الحدود، بما في ذلك الإتجار غير المشروع، وتبادل المعلومات فيما بين السلطات الجمركية والضريبية وغيرها من السلطات.

(ب) سن أو تشديد التشريعات التي تنص على عقوبات لمكافحة الإتجار غير المشروع بمنتجات التبغ بما فيها السجائر المقلدة أو المحظورة.

(ج) اتخاذ الخطوات الملائمة لضمان إتلاف كل معدات التصنيع المصادرة والسجائر المقلدة والمحظورة باستخدام أساليب لا تضر بالبيئة.

(د) اتخاذ وتنفيذ تدابير لرصد وتوثيق ومراقبة تخزين وتوزيع منتجات التبغ المحتفظ بها أو التي يمكن نقلها في ظل تعليق دفع الضرائب أو الرسوم.

(هـ) اتخاذ تدابير مصادرة الإيرادات المتأتية من الاتجار غير المشروع بمنتجات التبغ.

وفي النهاية تحت الاتفاقية الدول الأطراف. التعاون بين هيئاتها الوطنية وكذلك بين المنظمات الحكومية الإقليمية والدولية، فيما يتعلق بإجراء التحقيقات وإقامة الدعاوى والمحاكمات القضائية من أجل القضاء على الاتجار غير المشروع بمنتجات التبغ.

٢. حظر بيع منتجات التبغ للقصر أو بواسطتهم^(١)

أوجبت الاتفاقية على كل دولة طرف اتخاذ تدابير تشريعية أو تنفيذية أو إدارية أو غيرها من التدابير الفعالة على المستوى الحكومي المناسب لحظر مبيعات منتجات التبغ للذين تقل أعمارهم عن السن المنصوص عليه في القوانين الوطنية أو تقل عن ثمانية عشر عاما. ويمكن أن تشمل هذه التدابير الآتى: (٢)

(١) اتفاقية منظمة الصحة العالمية الإطارية لمكافحة التبغ - منظمة الصحة العالمية - مرجع سابق - ص ١٧.

2) David P. Fidler- World Health Organization's Framework Convention for Tobacco Control - American Society Of International Law- 28 March 2003- Available at: <http://www.asil.org/insigh100.cfm#author>.

(أ) الاشتراط على جميع بائعي منتجات التبغ أن يضعوا إشارة في مكان بارز داخل مكان البيع توضح حظر مبيعات التبغ للقصر.

(ب) منع بيع منتجات التبغ بأي طريقة عرض يمكن بها الوصول إلى هذه المنتجات مباشرة.

(ج) حظر صنع وبيع الحلوى والوجبات الخفيفة والألعاب على شكل منتجات التبغ.

(د) ضمان ألا تكون ماكينات بيع منتجات التبغ في متناول القصر، وألا تروج لهم.

كما تلتزم الدول الأطراف عند قبول الاتفاقية أو الانضمام لها أن تقدم خطاب كتابي ملزم تتعهد فيه بعدم إدخال ماكينات بيع منتجات التبغ أو بحظر كلي عليها. كما يعتمد كل طرف ويتخذ أية تدابير بتوقيع جزاءات على الباعة والموزعين عند مخالفتهم الأحكام السابقة. وكذلك تعتمد الأطراف وتتخذ أية تدابير لتوقيع جزاءات على من يستخدم القصر في بيع منتجات التبغ.

٣. تقديم الدعم للأنشطة البديلة ذات الجدوى الاقتصادية.

يعتبر التبغ من الناحية التاريخية محصولاً جذاباً للمزارعين^(١) يوفر لهم دخلاً صافياً.

وعالياً بالنسبة لمساحة الأرض التي يزرع فيها، وهو يتفوق في ذلك على معظم المحاصيل المدرة للمال، بل أنه يتفوق إلى حد كبير على المحصولات الغذائية^(٢).

١ (من الجدير بالذكر في هذا الخصوص أن مصر حظرت زراعة التبغ بإصدار مرسوم عام ١٨٥٠م، وما زال سارياً حتى الآن.

الوثيقة رقم COP/2006/CD - منظمة الصحة العالمية - ص ٣٤.

٢ (كبح جماح الوباء، الحكومات واقتصاديات مكافحة التبغ، البنك الدولي، منظمة الصحة العالمية، المكتب الإقليمي لشرق المتوسط، مرجع سابق، الصفحات ٥٨ :

واجهت الاتفاقية هذه المشكلة بحث الدول الأطراف على التعاون فيما بينها ومع المنظمات الحكومية الإقليمية والدولية لتعزيز البدائل ذات الجدوى الاقتصادية للعاملين في زراعة وصناعة التبغ وموزعيه وبائعيه.⁽¹⁾ وفي النهاية يرى الباحث أنه وفقا لمفهوم سيادة المستهلك فالتدابير المختلفة للحد من الطلب التي جاءت بها الاتفاقية يمكن أن تلعب دورا كبيرا في انخفاض معدلات استهلاك التبغ انخفاضا كبيرا إذا التزمت الأطراف

== من الجدير بالذكر ما جاء في هذا الخصوص بالمرجع المشار إليه أعلاه وبذات الصفحات إلى أنه :

" يزيد عدد الدول التي تزرع التبغ على مئة دولة منها حوالي ثمانين من البلدان النامية. وتنتج أربعة دول فقط ثلثي إنتاج العالم من التبغ : ففي عام ١٩٩٧م كانت الصين تزرع ٤٢% من مجموع كميات التبغ المزروعة في العالم، كما تشترك الولايات المتحدة والهند والبرازيل في إنتاج حوالي ٢٤% مجتمعة. وعلى مدى العقدين الماضيين انخفضت حصة الدول ذات الدخل المرتفع في الإنتاج العالمي للتبغ من ٣٠% إلى ١٥%، أما حصة دول الشرق الأوسط وآسيا فقد ارتفعت من ٤٠% إلى ٦٠%، كما ارتفعت حصة إفريقيا من ٤% إلى ٦%، أما بالنسبة لبقية الأقاليم فقد كان التغير فيها طفيفا. كما أن المزارعين يجدون في محصول التبغ جاذبية أكثر لهم لعدة أسباب، أولها أن السعر العالمي للتبغ يعتبر سعرا مستقرا نسبيا إذا ما قورن بأسعار المحاصيل الأخرى، والسبب الثاني أن صناعة التبغ قد درجت بصورة عامة على إمداد المزارعين بدعم عيني قوي، والسبب الثالث أن صناع التبغ يمنحون المزارعين قروضا مالية، والسبب الرابع أن المحاصيل الأخرى قد تسبب للمزارعين مشكلات في مجال الجمع والتخزين والتسليم بعكس التبغ الذي يعد أقل تعرضا للتلف من محاصيل أخرى. "

- Rowena Jacobs, Frederick H. Gal And Thomas C. Capehart -
The supply-side effects of tobacco control policies- Oxford
University press- U. K- 2000- pg. 312.

1 (اتفاقية منظمة الصحة العالمية الإطارية لمكافحة التبغ - منظمة الصحة العالمية -
مرجع سابق - ص ١٨ .

بتنفيذها، الأمر الذي يمكن أن يجعل التدابير المتعلقة بالحد من العرض أقل أهمية في هذا الخصوص.^(١)

المطلب الثالث التزامات الأطراف

من أجل تحقيق الغرض المنشود للاتفاقية، فقد فرضت الاتفاقية عدة التزامات موضوعية أخرى بخلاف ماسبق من تدابير اقتصادية، وهي :

١. حماية البيئة وصحة الأفراد.

يمكن تحقيق مكاسب هائلة للصحة العامة من خلال وضع إستراتيجية وقائية لحماية السكان من المخاطر البيئية الرئيسية، الأمر الذي يشجع على مزيد من الاستثمار والتنمية المستدامة، وإدارة الموارد الطبيعية.^(٢) فمن الطبيعي أن زراعة وصناعة منتجات التبغ تؤثر سلباً في البيئة وتصبح خطراً على صحة الإنسان بصفة عامة، سواء كان يعمل في هذا المجال أو خارجه. ولذلك نصت الاتفاقية على التزام الأطراف على إيسلاء الاهتمام اللازم لحماية البيئة وصحة الأفراد فيما يتعلق بزراعة التبغ وصناعاته داخل أراضيها.^(٣)

1 (من الجدير بالذكر في هذا الخصوص ماجاء بكلمة مندوب دولة الكويت بدورة مؤتمر الأطراف الثانية " بأنه صدر قانون مكافحة التدخين عام ١٩٩٥م يتضمن منع زراعة وصناعة التبغ بدولة الكويت ومنع بيع السجائر ومنتجات التبغ لمن يقل عمره عن ٢١ عاماً، ووضع الاشتراطات والمواصفات للسجائر والتبغ ومشتقاته الذي يتم استيراده، كذلك منع الإعلانات في مختلف وسائل الأعلام، ومنع البيع في الماكينات، ومنع التدخين في كثير من الأماكن وخاصة المغلقة ."

- الوثيقة رقم COP/2/2007/CD - منظمة الصحة العالمية- ص ١٨.

2) Health and Environment Managing the Linkages for Sustainable Development, World Health Organization and United Nations Environmental Programme, World Health Organization, 2008, pg. 16.

3 (اتفاقية منظمة الصحة العالمية الإطارية لمكافحة التبغ - منظمة الصحة العالمية - مرجع سابق - ص ١٨.

٢. المسائل المتعلقة بالسنوية

يستغل صناع وتجار التبغ الفروق السعرية والضريرية بين مختلف الدول (خاصة الدول المتجاورة)، للقيام بعمليات تهريب كبيرة بغرض تحقيق أرباح ضخمة. وتعد المواجهة القضائية من أفضل الحلول لمواجهة هذه المشكلة. على سبيل المثال، فقد تم إدانة بعض المديرين التنفيذيين لشركات تبغ بعد ثبوت تورطهم في أعمال تهريب بين الولايات المتحدة وكندا، ثبوت إدانة بعض المديرين التنفيذيين لتورطهم في أعمال تهريب بين هونج كونج والصين.^(١)

ويذهب جانباً من الفقه الغربى ويقرر بأن معيار قياس مدى جدية الدولة فى مكافحة التبغ هو سن قواعد تشريعية تتضمن تعويضات لمدمنى استخدام التبغ عن الأضرار الصحية التى لحقت بهم. وأوضحا الطرق البسيطة لإقامة الدعاوى المدنية ضد شركات التبغ منها على سبيل المثال، إقامة تلك الدعاوى بواسطة محامين هيئات وشركات التأمين الصحى. كما أن إيمان التبغ ليس بالخيار الشخصى، وإلا كان إيمان المخدرات خيار شخصى أيضا.^(٢)

وقد اتخذت الاتفاقية المواجهة القضائية كتدبير لمكافحة التبغ، واشترطت أن يكون الغرض من المواجهة القضائية هو تحقيق الغرض من الاتفاقية وهو مكافحة التبغ. وفى هذا السياق حدثت الاتفاقية الدول الأطراف على الاتفاق فيما بينها وفى حدود التشريعات والممارسات القانونية الوطنية، بتقديم المساعدة إلى بعضها البعض فيما يتعلق بالإجراءات القانونية الخاصة بالمسؤولية الجنائية والمدنية وذلك بما يتوافق مع الاتفاقية. ولم تمس الاتفاقية بأى شكل أية حقوق لوصول الدول الأطراف إلى محاكم بعضها البعض.^(٣)

1) Luk Joossens, Frank Chaloupka, David Merriman And Ayda Yurekli - Issues in the smuggling of tobacco products- Oxford University press- U. K- 2000- pp. 403 : 404.

2) Douglas Blanke And Vera da Costa e Silva- Tobacco control legislation: an introductory guide- op. cit.- pg. 115.

3 (اتفاقية منظمة الصحة العالمية الإطارية لمكافحة التبغ- منظمة الصحة العالمية- مرجع سابق- الصفحات ١٨ : ١٩.

٢. التعاون العلمي والتقني ونقل المعلومات

معظم برامج مكافحة التبغ تتكون من مزيجاً يضم الأسعار والمعلومات وتنظيم التخلّات الدولية والوطنية، ولكن الأهمية النسبية لكل عنصر من هذه العناصر الثلاثة يختلف باختلاف الدول طبقاً لمستوى الدخل والقدرات الحكومية.^(١) وكما تحمل عولمة التكنولوجيات الحديثة للمعلومات في طياتها خطر دفع التجارة العالمية لاستهلاك السلع الضارة مثل التبغ، إلا أنها في الوقت نفسه تتيح وتيسر للدول النامية الوصول إلى كل جديد في كافة العلوم. على سبيل المثال، التعليم والتطبيب عن بعد وخدمات الاتصال بين العاملين في مجال الصحة وتواصل الشبكات الصحية التفاعلية.^(٢)

ولذا ألزمت الاتفاقية الدول الأطراف على وضع وتعزيز برامج البحوث الوطنية والتنسيق مع برامج البحوث الإقليمية والدولية في مجال مكافحة التبغ. وأوضحت الاتفاقية كيفية تحقيق هذا الهدف من خلال التدابير الآتية:^(٣)

- ١- القيام بوضع وتعزيز للبحوث الخاصة بمعالجة العوامل الخاسمة في استهلاك التبغ وللتعرض لدخانه وعواقبهما، بالإضافة إلى بحوث تحديد المحاصيل الزراعية البديلة.

- ٢- تعزيز التدريب لجميع المواطنين للوقاية والإقلاع عن إدمان التبغ.

1) Prabhat Jha, Fred Paccaud, And Son Nguyen- Strategic priorities in tobacco control for governments and international agencies- Oxford University press- U. K- 2000- pg. 494.

2) Allyn Taylor - WHO Framework Convention on Tobacco Control: a global "good" for public health- Bulletin of the World Health Organization- op. cit.- pg. 921.

3) David P. Fidler- World Health Organization's Framework Convention for Tobacco Control – American Society Of International Law- 28 March 2003- Available at: <http://www.asil.org/insigh100.cfm#author>.

- اتفاقية منظمة الصحة العالمية الإطارية لمكافحة التبغ- منظمة الصحة العالمية- مرجع سابق- الصفحات ١٩ : ٢٣.

ولم تكتفى الاتفاقية بالنص على هذا الالتزام بل نصت على رقابة تنفيذها بواسطة الزام الدول الأطراف بتقديم تقارير دورية عن أنشطتهم فسي هذا الخصوص وتقييمها بمؤتمرات الأطراف بالاتفاقية.

المطلب الرابع **الرقابة على تنفيذ الاتفاقية**

يمكن تلخيص تاريخ العلاقات الدولية في مرحلتين، الأولى وهي مرحلة التعايش، والثانية هي مرحلة التعاون. وفي مرحلة التعايش كانت تقيم الدول سلطاتها على شعوبها وتؤمن لهم احتياجاتهم وكانت تتم الرقابة الدولية طبقاً لمبدأ التبادل بين دولتين أو أكثر تجمعهم اتفاقية فتراقب كل دولة الأخرى في تنفيذها لالتزامات الاتفاقية. أما مرحلة التعاون فقد ارتبطت بظهور التقدم العلمي وعدم استطاعة الدول تأمين حاجات مواطنيها بشكل منعزل، فاضطرت لتكييف سياساتها لصالحها بواسطة الدخول في آليات التعاون وهي المنظمات الدولية.^(١)

والرقابة الدولية هي إجراء تقييمي من قبل هيئة مختصة للتأكد من تنفيذ الدولة لالتزاماتها الاتفاقية، بغرض تحقيق الهدف من الاتفاقية.^(٢) فالتقييم هو عنصر رئيسي في الجهود المبذولة لتحقيق التغيير الاجتماعي. كما أن الغرض من التقييم هو إنتاج المعلومات عن أداء التشريع أو الأشخاص المخاطبين بأحكامه في تحقيق الأهداف. وبدون التقييم الدقيق فمن المستحيل معرفة ما إذا كانت التشريعات فعالة أم لا.^(٣) ولقد أسندت الاتفاقية الإطارية

-
- 1) Jean Charpentier, Le contrôle par les organisations internationales de l'exécution des obligations des états, R.C.A.D.I, 1982, Vol. 182 - IV , pg. 156.
 - 2) Jean Charpentier , Le contrôle par les organisations internationales de l'exécution des obligations des états, R.C.A.D.I, op. cit., pg. 166.
 - 3) D. Douglas Blanke , Vera da Costa , Tools for advancing tobacco control in the 21st century, Tobacco control legislation, op. cit., pg. 149.

لمكافحة التبغ الرقابة الدولية لجهاز دولي مختص سمي بمؤتمر الأطراف، لضمان تنفيذ أحكامها وتطورها.^(١)

١. تشكيل مؤتمر الأطراف

تمثل جميع أطراف الاتفاقية في المؤتمر، ويصدر المؤتمر لائحته الداخلية^(٢) بتوافق

الآراء في دورته الأولى، كما حددت معايير لمشاركة المراقبين في نصوصها.^(٣) لكل طرف من أطراف الاتفاقية صوت واحد، ما عدا منظمات التكامل الاقتصادية الإقليمية فيما يتعلق بالمسائل الداخلة في إطار اختصاصها فتصوت بعدد من الأصوات مساو لعدد دولها الأعضاء، ولا تمارس المنظمة

١ (اتفاقية منظمة الصحة العالمية الإطارية لمكافحة التبغ - منظمة الصحة العالمية - مرجع سابق - ص ٢٣.

٢ (من الجدير بالذكر أن مؤتمر الأطراف في دورته الأولى التي انعقدت في جنيف بتاريخ ٦ فبراير ٢٠٠٦م قد أصدر لائحة النظام الداخلي الخاصة به، والتي تحتوى على ٦٧ مادة.

المصدر موقع منظمة الصحة العالمية بشبكة المعلومات الدولية (الإنترنت) :

- http://apps.who.int/gb/fctc/A/A_cop1.htm

٣ (اتفاقية منظمة الصحة العالمية الإطارية لمكافحة التبغ - منظمة الصحة العالمية -

مرجع سابق - ص ٢٣. - من الجدير بالذكر في هذا الخصوص أن المادة ٢٩، ٣٠ من لائحة النظام الداخلي لمؤتمر الأطراف قد حدد المراقبين ومركزهم القانوني في مشاركة دورات المؤتمر. حيث حددت المراقبين بأنهم : أولا: الدول غير الأطراف بالاتفاقية وأعضاء بمنظمة الصحة العالمية سواء كانوا أعضاء أصليين أو منتسبين، وفي حالة الدولة غير العضو بمنظمة الصحة العالمية فيشترط أن تكون عضو بالأمم المتحدة أو في وكالاتها المتخصصة، ثانيا: أية منظمة تكامل اقتصادي إقليمية، ثالثا: أية منظمة دولية حكومية. ويحق لهؤلاء المراقبين حضور الجلسات العلنية لمؤتمر الأطراف وهيئاته الفرعية دون التصويت والتحدث بعد الأطراف، أما بالنسبة لمنظمات التكامل الإقليمي فحديثها يكون عن المسائل الداخلة في إطار اختصاصها.

المصدر: موقع منظمة الصحة العالمية بشبكة المعلومات الدولية (الإنترنت) :

- الوثيقة رقم COP/1/2006/CD - منظمة الصحة العالمية - ص ١١.

حقها في التصويت إذا مارست أية دولة عضو بها منفردة حقها في التصويت باعتبارها طرفاً في الاتفاقية والعكس صحيح.^(١)

يجوز لمؤتمر الأطراف، من أجل التعاون التقني والمالي اللازمين لبلوغ الغرض المنشود من الاتفاقية، أن يطلب تعاون المنظمات الحكومية الدولية والمنظمات الحكومية الإقليمية المختصة بما فيها المؤسسات المالية والإنمائية.^(٢)

نظمت الاتفاقية عضوية المنظمات غير الحكومية بمؤتمر الأطراف، وميزت بين طائفتين منهما الأولى وهي المنظمات غير الحكومية التي شاركت في التفاوض حول إبرام الاتفاقية حيث اعتبرتها في مركز المراقب فوراً دخول الاتفاقية حيز النفاذ، والثانية المنظمات غير الحكومية الأخرى حيث اشترطت الاتفاقية موافقة مؤتمر الأطراف على منحها مركز المراقب. وبصفة عامة اشترطت الاتفاقية في كل من الطائفتين مراعاة الغرض المنشود والالتزامات العامة للاتفاقية. كما يحق لهم حضور الاجتماعات العلنية للمؤتمر وهيئاته الفرعية والحديث دون الحق في التصويت.^(٣)

كما نظمت لائحة النظام الداخلي للمؤتمر موعد انعقاد دورات المؤتمر كل عامين، أما بالنسبة للدورات الاستثنائية فتعقد في أية أوقات أخرى يرى المؤتمر أنها ضرورية، أو بناء على طلب يقدمه أحد الأطراف شريطة أن يؤيد هذا الطلب في غضون ستة أشهر من إرساله ثلث الأطراف على الأقل.^(٤)

1 (اتفاقية منظمة الصحة العالمية الإطارية لمكافحة التبغ - منظمة الصحة العالمية - مرجع سابق - ص ٣٢.

2 (اتفاقية منظمة الصحة العالمية الإطارية لمكافحة التبغ - منظمة الصحة العالمية - مرجع سابق - ص ٢٦.

3 (الوثيقة رقم COP/1/2006/CD - منظمة الصحة العالمية - ص ١٢.

4 (الوثيقة رقم COP/1/2006/CD - منظمة الصحة العالمية - ص ٥.

وقد نصت الاتفاقية باختصاص مؤتمر الأطراف بوضع نظام مالي يكفل لها تنفيذ ما جاء بها من أحكام لتحقيق الغرض المنشود منها، بخلاف تنظيم تدبير الموارد وكيفية إنفاقها.^(١)

٢. سلطة مؤتمر الأطراف في أعمال الرقابة

رقابة مؤتمر الأطراف الواردة بالاتفاقية لها خصوصيتها لكونها تتكون من جانبين : الأول: مراقبة مدى تطبيق أحكام الاتفاقية واتخاذ القرارات الكفيلة بتنفيذها بفاعلية^(٢)، والثاني: ضمان مساهمة التطور من خلال اختصاص مؤتمر الأطراف بإدخال تعديلات على نصوص الاتفاقية لتواكب واقع الأمور.^(٣) فهي إذن رقابة مزدوجة على تنفيذ الأطراف لالتزاماتهم

= من الجدير بالذكر أن مؤتمر الأطراف انعقد أربعة مرات منذ دخول الاتفاقية حيز التنفيذ كالتالي :

- الدورة الأولى بمدينة جنيف، سويسرا، في الفترة ما بين ٦ : ١٧ فبراير ٢٠٠٦م.
- الدورة الثانية بمدينة بانكوك، تايلاند، في الفترة ما بين ٣٠ يونيو إلى ٦ يوليو ٢٠٠٦م.
- الدورة الثالثة بمدينة دروبان، جنوب أفريقيا، في الفترة ما بين ١٧ : ٢٢ نوفمبر ٢٠٠٨م.
- الدورة الرابعة بمدينة بونت ديل إست-إل-جواي، في الفترة ما بين ١٥ : ٢٠ نوفمبر ٢٠١٠م.

المصدر: موقع منظمة الصحة العالمية بشبكة المعلومات الدولية (الإنترنت) :

- <http://apps.who.int/gb/fctc/A/index.html>

1 (اتفاقية منظمة الصحة العالمية الإطارية لمكافحة التبغ - منظمة الصحة العالمية - مرجع سابق - ص ٢٢.

- من الجدير بالذكر في هذا الخصوص ماقرره مؤتمر الأطراف في دورته الأولى بالأكتفاء بتطبيق اللائحة المالية لمنظمة الصحة العالمية وماجاءت به الاتفاقية من مصاد في هذا الشأن.

- الوثيقة رقم COP/1/2006/CD - منظمة الصحة العالمية - ص ٢٦.

2 (اتفاقية منظمة الصحة العالمية الإطارية لمكافحة التبغ - منظمة الصحة العالمية - مرجع سابق - ص ٢٤.

3 (اتفاقية منظمة الصحة العالمية الإطارية لمكافحة التبغ - منظمة الصحة العالمية - مرجع سابق - ص ٢٨.

وأيضاً على الالتزامات الواردة بالاتفاقية لمواكبة التغيرات والتطورات الواقعية.

(أ) رقابة تنفيذ الدول الأطراف لالتزاماتها

يتمثل الأساس التشريعي لرقابة مؤتمر الأطراف على تنفيذ الأطراف لالتزاماتهم في جانبين : الأول : ما نصت عليه الاتفاقية باختصاص مسؤول الأطراف بالرقابة، والثاني : موافقة وقبول الأطراف برقابة هذا الجهاز^(١) . ولذلك نظمت الاتفاقية اختصاص مؤتمر الأطراف بـ (٢) :

- (أ) تشجيع وتسهيل تبادل البحوث والمراقبة ونقل المعلومات بين الأطراف.
- (ب) النهوض بتطوير وتنفيذ وتقييم الاستراتيجيات والخطط والبرامج، بالإضافة إلى السياسات والتشريعات والتدابير الأخري^(٣).
- (ج) النظر في التقارير التي تقدمها الأطراف، واعتماد تقارير دورية عن تنفيذ الاتفاقية.

(د) إنشاء أية أجهزة فرعية لازمة لبلوغ الغرض من الاتفاقية.

(هـ) النظر في اتخاذ أية تدابير أخري^(٤) قد يتطلبها تحقيق الغرض المنشود من الاتفاقية في ضوء الخبرة المكتسبة من تنفيذها^(٥).

(ب) رقابة مؤتمر الأطراف على ملاءمة الالتزامات الواردة بالاتفاقية لضمان ملاءمة تغير وتطوير أحكام الاتفاقية لمسائل ومطالبات الواقع، فقد اختصت الاتفاقية مؤتمر الأطراف بنوعين من الإجراءات هما : ١. تعديل الالتزامات الواردة بالمعاهدة^(٦) ، وفي حالة تعديلها^(٧) ، حيث يجوز لأي طرف اقتراح إدخال تعديلات على هذه الاتفاقية ويعتمدها مؤتمر الأطراف بتوافق الآراء^(٨) ، وفي حالة تعذر التوافق يعتمد التعديل بأغلبية ثلاثة أرباع أصوات الحاضرين المصوتين^(٩) ، وتعني الأطراف

1) Jean Charpentier, Le contrôle par les organisations internationales de l'exécution des obligations des états, R.C.A.D.I, op. cit., pg. 176.

2) اتفاقية منظمة الصحة العالمية الإطارية لمكافحة التبغ - منظمة الصحة العالمية (١٩٧٨) مرجع سابق - الصفحات ٢٣ : ٢٤.

الحاضرة تلك التى تدلى بصوت إيجابى أو سلبى. وتتولى الأمانة العامة إبلاغ الأمين العام للأمم المتحدة بأى تعديل معتمد ليعممه على جميع الأطراف بغرض قبوله.^(١)

تودع صكوك القبول التى تتعلق بالتعديل لدى الأمين العام للأمم المتحدة، ويبدأ نفاذه بالنسبة للأطراف التى قبلته فى اليوم التسعين من تاريخ استلام الوديع صكوك القبول من جانب ما لا يقل عن ثلثى عدد الأطراف فى المعاهدة. أما بالنسبة للأطراف التى قبلت التعديل لاحقاً فيصبح التعديل نافذاً فى مواجهتها فى اليوم التسعين من تاريخ إيداعها لصك قبول التعديل.^(٢)

٢. إضافة البروتوكولات للمعاهدة.

يجوز لمؤتمر الأطراف أن يعتمد بروتوكولات تضاف لهذه المعاهدة، ويحق لأى طرف أن يقترح بروتوكولا. ولا يجوز إلا لأطراف الاتفاقية وحدها أن تكون أطرافاً فى أى بروتوكول. كما يعتمد مؤتمر الأطراف البروتوكول بتوافق الآراء، وفى حالة تعذر ذلك فيعتمد بأغلبية ثلاثة أرباع أصوات الحاضرين المصوتين، وتعنى الأطراف الحاضرة تلك التى تدلى بصوت إيجابى أو سلبى. ويحدد البروتوكول موعد بدء نفاذه بعد إيداعه لدى الأمين العام للأمم المتحدة. يصبح أى بروتوكول ملزماً لأطرافه فقط دون بقية الأطراف فى المعاهدة، ولا يجوز إلا لأطرافه اتخاذ قرارات بشأن المسائل المتعلقة به.^(٣)

٢. الأثر المترتب على سلطة مؤتمر الأطراف فى أعمال الرقابة.

من الطبيعى أن تنشأ منازعات عند تطبيق الاتفاقية وهى إما تتعلق بالتفسير للقواعد القانونية المتعلقة بالاتفاقية أو بتطبيق تنفيذ التزامات

١ (اتفاقية منظمة الصحة العالمية الإطارية لمكافحة التبغ - منظمة الصحة العالمية - مرجع سابق - ص ٢٨.

٢ (اتفاقية منظمة الصحة العالمية الإطارية لمكافحة التبغ - منظمة الصحة العالمية - مرجع سابق - ص ٢٨.

٣ (اتفاقية منظمة الصحة العالمية الإطارية لمكافحة التبغ - منظمة الصحة العالمية - مرجع سابق - ص ٣٠.

الاتفاقية. وفي الأغلب ما تنفجر هذه المنازعات على أثر قيام الجهاز المختص بالرقابة بعمله في مراقبة تنفيذ الأطراف للالتزامات الواردة بالاتفاقية. وتتم تسوية المنازعات بطريقتان هما التسوية السياسية والتسوية القضائية.^(١) ولقد تضمنت الاتفاقية أحكاماً تنظم كيفية تسوية هذه المنازعات كما يلي :

(أ) التسوية السياسية

نصت الاتفاقية بأنه في حالة نشوء نزاع بين طرفين أو أكثر يتعلق بتفسير الاتفاقية أو تطبيقها تسعى الأطراف المعنية بتسوية النزاع عن طريق القنوات الدبلوماسية من خلال التفاوض أو بأية وسيلة أخرى تختارها، بما فيها اللجوء إلى المساعي الحميدة أو الوساطة أو التوفيق. وفي حالة الإخفاق في التوصل إلى اتفاق بالطرق السابقة يواصل السعي إلى تسويته.^(٢)

(ب) التسوية القضائية

نظمت الاتفاقية التسوية القضائية من خلال النص على أنه يجوز لأية دولة أو منظمة تكامل اقتصادي إقليمية إعلام الأمين العام للأمم المتحدة بأنها تقبل اللجوء إلى التحكيم المخصص، في حالة أي نزاع لم يتم تسويته بالطرق السياسية، وفقاً للإجراءات التي يعتمدها مؤتمر الأطراف بتوافق الآراء. ولم تبدى أية دولة رفضها لأسلوب التسوية القضائية الوارد بالاتفاقية.^(٣) أما

1) Jean Charpentier, Le contrôle par les organisations internationales de l'exécution des obligations des états, R.C.A.D.I , op. cit. , pp. 151 : 155.

- من الجدير بالذكر في هذا الخصوص أنه حتى الآن لم تنشأ أية منازعات بشأن تفسير المعاهدة أو تطبيقها.

المصدر: بموقع منظمة الصحة العالمية بشبكة المعلومات الدولية (الإنترنت) :
- <http://apps.who.int/gb/fctc/A/index.html>

2) اتفاقية منظمة الصحة العالمية الإطارية لمكافحة التبغ - منظمة الصحة العالمية - مرجع سابق - ص ٣٠.

3) المصدر موقع تصديقات الدول على الاتفاقيات بالموقع الرسمي للأمم المتحدة بشبكة المعلومات الدولية (الإنترنت) :

http://treaties.un.org/pages/ViewDetails.aspx?src=TREATY&mtldsg_no=IX-4&chapter=9&lang=en

بالنسبة لعلاقة الأطراف في البروتوكولات فتتطبق عليها أحكام المعاهدة مالم ينص البروتوكول على خلاف ذلك.^(١)

المبحث الثاني اللوائح الدولية الصحية

تعد مكافحة الأمراض المعدية أحد الجوانب السلبية للصحة، وتاريخياً كانت السبب لنشأة التعاون الدولي الصحي، ولذا تحتل مكافحة الأمراض المعدية مكانة خاصة في موضوعات القانون الدولي الصحي.

قبل منتصف القرن ١٩، واجهت الدول الأمراض المعدية من خلال الإدارة الوطنية للدول التي كانت تستخدم سياسات الحجر الصحي دون اللجوء للتعاون الدولي. ومع زيادة حجم وسرعة التجارة والسفر الدولي في منتصف القرن ١٩، عقد أول مؤتمر دولي صحي كبداية للتعاون الدولي الصحي بشأن مكافحة الأمراض المعدية عام ١٨٥١م، وعقد بعد ذلك العديد من المؤتمرات في هذا الخصوص. وقد استخدمت الاتفاقيات الدولية منذ ذلك التاريخ لتنظيم التعاون الدولي الصحي لمكافحة الأمراض المعدية المختلفة.^(٢) وفي بداية القرن ٢٠، نشأت بعض التنظيمات والأجهزة الدولية للإشراف على تنفيذ أحكام الاتفاقيات المبرمة في هذا الخصوص، إلا أنها كانت منفصلة وذات أهداف وممارسات غير منسقة. كما كان مفهوم سيادة الدولة المطلقة هو السائد في العلاقات الدولية آنذاك، فكانت الاتفاقيات المتعددة الأطراف ذات حيز ضيق جداً في هذا الخصوص من أجل تنظيم حركة النقل الدولي في المقام الأول.^(٣)

1) اتفاقية منظمة الصحة العالمية الإطارية لمكافحة التبغ - منظمة الصحة العالمية - مرجع سابق - ص ٣٠ .

2) David P. Fidler- Emerging Trends in International Law Concerning Global Infectious Disease Control- Emerging Infectious Disease- Centers for Disease Control and prevention- Atlanta U.S.A- March 2003- Vol. 9- No. 3- pp. 285 :286.
3) Lawrence O. Gostin- International Infectious Disease Law- JAMA- June 2004- Vol. 291- No. 21- pg. 2623.

ومنذ بداية القرن العشرين، أبرمت العديد من الاتفاقيات لمكافحة الأمراض المعدية المختلفة. وكشفت انتشار هذه الاتفاقيات، ليس فقط تغطية مرقعة لهذا النشاط ولكن أيضا المشاكل الإجرائية المتعلقة بإبرامها وتطويرها. فقد ثبت أن عملية صياغة قواعد الاتفاقيات عن طريق المفاوضات عملية مرهقة وبطيئة ومقاومة للتعديلات اللازمة لمراعاة التغييرات في المعرفة العلمية وسرعة ونطاق حجم وأنماط التجارة والسفر الدولي.^(١)

أعطى ميثاق الأمم المتحدة لمنظمة الصحة العالمية اختصاص تعزيز وحماية الصحة داخل منظومة الأمم المتحدة. فنصت المادة الأولى بدستور منظمة الصحة العالمية " هدف منظمة الصحة العالمية هو أن تبلغ جميع الشعوب أرفع مستوى صحي ممكن " والمادة الثانية منه " تنارس المنظمة لتحقيق هدفها العمل كسلطة التوجيه والتنسيق في ميدان العمل الدولي الصحي". كما نص دستور منظمة الصحة العالمية على اختصاص جمعية الصحة بإصدار قرارات تشريعية لمكافحة الأمراض المعدية دوليا. وسنوضح هذا الاختصاص التشريعي من خلال ثلاثة مطالب كالتالي:

المطلب الأول: الطبيعة التشريعية لقرارات منظمة الصحة العالمية

المتعلقة بمكافحة الأمراض المعدية.

المطلب الثاني: الطبيعة الموضوعية للوائح الدولية الصحية ٢٠٠٥م.

المطلب الثالث: تطبيق اللوائح الدولية الصحية على أزمة وباء أنفلونزا

فيروس H1N1 عام ٢٠٠٩م.

1) David P. Fidler- From International Sanitary Conventions To Global Health Security : The New International Health Regulations- Chinese Journal of International Law (2005), Vol. 4, No. 2, pg. 332.

المطلب الأول **الطبيعة التشريعية لقرارات منظمة الصحة العالمية المتعلقة** **بمكافحة الأمراض المعدية**

وعلى أثر فشل أسلوب الاتفاقيات في مكافحة الأمراض المعدية، قرر أعضاء اللجنة التحضيرية المعنية بوضع مشروع دستور منظمة الصحة العالمية استخدام أسلوب القرارات اللائحية لمكافحة انتشار الأمراض المعدية. كما وافق أعضاء المؤتمر الدولي الصحي على اعتماد المادتين ٢١، ٢٢ المتعلقتان بكيفية استخدام هذا الأسلوب. ونوضح الطبيعة التشريعية لهذا الأسلوب من خلال فرعين هما:

الفرع الأول : الأساس التشريعي لتلك اللوائح.

الفرع الثاني: تطبيقات منظمة الصحة العالمية لهذه اللوائح.

الفرع الأول . **الأساس التشريعي لتلك اللوائح .**

يعد أسلوب القرارات اللائحية الوارد بدستور منظمة الصحة العالمية أهم مساهمة لتقنية تشريعية دولية في المجال الدولي الصحي، وقد اختلفت الدستور جمعية الصحة بسلطة اعتماد لوائح بمجالات مختلفة من المسائل التقنية. وقد رأت اللجنة التحضيرية في بعض أحكام اتفاقية شيكاغو الدولية للطيران المدني واتفاقية الدولية الصحية للملاحة الجوية لعام ١٩٣٣م، أن تكون بمثابة سوابق يمكن استخدامها لسن قواعد دستورية تنظم كيفية اعتماد لوائح تشريعية لمسائل صحية. ولما كانت المادة ٩٠ من اتفاقية شيكاغو الدولية للطيران المدني تنص على اعتماد لوائح في مسائل تقنية بأغلبية ثلثي الأعضاء وتصبح نافذة بعد انتهاء مدة ثلاثة أشهر ما لم ترفضها إحدى الدول أو تتحفظ على بعض أحكامها في خلال المدة المذكورة، اتفق أعضاء اللجنة التحضيرية على منح جمعية الصحة سلطة اعتماد لوائح في مجالات صحية محددة بالأغلبية البسيطة ما لم ترفضها إحدى الدول أو تتحفظ على بعض

أحكامها خلال المدة المذكورة باللائحة التي تعتمدتها جمعية الصحة. كما حددت اللجنة مجالات التي تنظمها تلك اللوائح وهي: (١)

١- الاشتراطات الصحية وإجراءات الحجر الصحي وكافة الإجراءات الخاصة بمنع انتشار الأمراض دولياً.

٢- التسميات المتعلقة بالأمراض وأسباب الوفاة وممارسات الصحة العامة.

٣- المعايير المتعلقة بطرق التشخيص.

٤- المعايير المتعلقة بسلامة ونقاء وفعاليات المنتجات الحياتية والصيدلانية ومايمثلها من منتجات متداولة في التجارة الدولية.

٥- الإعلان عن المنتجات الحياتية والصيدلانية ومايمثلها من منتجات متداولة في التجارة الدولية وبيان أوصافها.

اعترض المندوبان البلجيكي والأوكراني بالمؤتمر الدولي الصحي لاعتماد الدستور على هذا الأسلوب لما فيه من تعدى على السيادة وطرحا تساؤل وهو كيف تلتزم الدولة دون ابداء موافقتها؟ حيث افترضوا بأنه يجب على كل دولة أن تراقب المنظمة لتتعرف على التزاماتها. وقد رد مندوبين الولايات المتحدة والمملكة المتحدة والصين والمكسيك على ذلك بأن المنظمة سيكون لها الاتصال المباشر بالإدارات الوطنية للصحة، والمدة المذكورة للرفض أو التحفظ ستبدأ بعد استلام السلطات المختصة بكل دولة عضو للاخطار المتعلق باعتماد الجمعية للوائح. كما اعترض مندوب الاتحاد السوفيتي على كيفية اعتماد اللوائح وتسأل كيف تلتزم الدول التي رفضت اعتماد اللوائح أصلاً بجمعية الصحة؟ أعضاء المؤتمر لفتوا انتباه المندوب السوفياتي إلى امكانية ذلك فور تلقي السلطات الصحية الوطنية الاخطار الذي يفيد اعتماد الجمعية للوائح. وقد اتفق أعضاء المؤتمر الدولي الصحي لاعتماد

1) Minutes of The Technical Preparatory Committee- Official Records of The W.H.O No.1- W.H.O.- Genva- October 1947- pg. 47.

الدستور على المادتين ٢١، ٢٢ المتعلقةتين باعتماد اللوائح كما صاغتهما اللجنة التحضيرية دون تعديل.^(١)

وبتطبيق معايير تمييز القاعدة التشريعية، عما قد يتشابه معها من قواعد أخرى، على تلك اللوائح نجد اتصاف القواعد الواردة باللوائح بوصف التشريع كالتالي:^(٢)

المعيار الأول: التشريع من الناحية الشكلية تصرف قانوني يصدر من السلطة المختصة بالتشريع.

من الثابت أن الدول الأطراف بمنظمة الصحة العالمية سواء شاركت في إعداد الدستور أو انضمت إليه لاحقاً، قد وافقت على هذه التقنية التشريعية الموضحة بالمادتين ٢١-٢٢ من الدستور، وأوكلت للجهاز الرئيسى للمنظمة وهو جمعية الصحة سلطة إصدارها في المجالات المختلفة التى تستخدم فيها. وأصبح من الراسخ الآن، أن للأجهزة الرئيسية بالمنظمات الدولية سلطة التشريع بناء على نصوص واردة بدستورها بمنحها هذا الاختصاص.^(٣) كما تعد تلك اللوائح تصرف قانوني لكونها تنظم المراكز القانونية للأشخاص المخاطبين بها في مجالات محددة. ومما سبق يتبين تحقق المعيار الأول حيث تعد اللوائح من قبيل التشريع العادى.

المعيار الثانى: التشريع يعبر عن قاعدة مجردة وعامة

من الثابت أن التشريع يصدر مجرداً ويطبق عامة، أى بمعنى أن التشريع يصدر لتنظيم نشاط إنسانى ولا يخاطب أشخاص محددين بذواتهم، ويطبق على عموم الأشخاص المخاطبين بأحكامه.

1) Final Acts of The International Health Conference- Official Records of The W.H.O No.2- W.H.O.- Genva- June 1948- pp. 20 : 21.

2) الأستاذ الدكتور/ محمد السعيد الدقاق- النظرية العامة لقرارات المنتظمات الدولية ودورها فى إرساء قواعد القانون الدولى- مرجع سابق- الصفحات ٢١٠ : ٢٢٥.

3) الأستاذ الدكتور/ مصطفى أحمد فؤاد، النظرية العامة للتصرفات الدولية الصادرة عن الإرادة المفردة- منشأة المعارف- الإسكندرية- ٢٠٠٩م- ص ٢٢٩.

فالقاعد التشريعية تتضمن عنصرين أولهما الفرض وثانيهما الحكم، والفرض هو توافر نشاط إنسانى وفقا لشروط معينة أما الحكم فهو الأثر المترتب على الحكم. فالمشرع عندما يصدر قاعدة تشريعية ينظم فروضا معينة لنشاط إنسانى ويضع لها أحكاما دون النظر لشخص أو أشخاص معينة بذواتهم وهو ما يعبر عنه بالتجريد. أما العمومية فهي أن تسرى الأحكام على جميع الأشخاص الذين تتوافر فيهم تلك الفروض.^(١)

وبتطبيق هذا المعيار على لوائح منظمة الصحة العالمية، نجد أنها تصدر فى مجالات مختلفة تتعلق بالنشاط الإنسانى على المستوى الدولى وهى:

١. إجراءات الحجر الصحى وكافة الإجراءات الخاصة بمنع انتشار الأمراض دوليا.
 ٢. التسميات المتعلقة بالأمراض وأسباب الوفاة وممارسات الصحة العامة.
 ٣. المعايير المتعلقة بطرق التشخيص.
 ٤. المعايير المتعلقة بسلامة ونقاء وفعاليات المنتجات الحياتية والصيدلانية ومايمثلها من منتجات متداولة فى التجارة الدولية.
 ٥. الإعلان عن المنتجات الحياتية والصيدلانية ومايمثلها من منتجات متداولة فى التجارة الدولية وبيان أوصافها.
- كما أن تلك اللوائح تتسم بالعمومية عند التطبيق، أى أنها تتضمن أحكاما لمختلف مجالات النشاط الإنسانى الذى تنظمه. فعلى سبيل المثال، عندما تفترض إحدى مواد لائحة مكافحة انتشار الأمراض المعدية دوليا، فرضا بانتشار مرض معين يأتى حكم المادة بوجوب إبلاغ المنظمة به وهذا الحكم يسرى على جميع الأشخاص المخاطبين بتلك المادة. ومن هنا تبرز أهمية

(١) الأستاذ الدكتور/ محمد حسين منصور- نظرية القانون- دار الجامعة الجديدة- الإسكندرية- ٢٠٠٤م- الصفحات ٨٠ : ٨٤.

هذا المعيار لكونه يكفل تنظيم وتنسيق جهود الأشخاص المخاطبين بالمادة لمكافحة هذا المرض.

المعيار الثالث: التشريع يعبر عن قواعد ملزمة.

يعد هذا المعيار أهم ما تتميز به القاعدة التشريعية عما قد يتشابه معها من قواعد أخرى مثل قواعد المجاملات أو الأخلاق. فلا بد أن تتميز القاعدة التشريعية بالالتزام حتى تحترم من المخاطبين بها. ولكي يتوافر هذا الالتزام من الطبيعي أن تقترن القاعدة بالجزاء المناسب. وهنا يتفق الباحث مع ما ذهب إليه جانب من الفقه^(١) في وصف طبيعة الجزاء المقترن بالقاعدة التشريعية والذي يتضمن جانبان هما : الجانب السلبي وفيه يترتب على من خالف القاعدة التشريعية عقوبة توقع عليه، أما الجانب الإيجابي وفيه يترتب على الشخص المخاطب بالقاعدة فائدة لكونه أنجز والتزم بالفرض الوارد بالقاعدة. وهذه الأخيرة هي الأكثر إتساقا في ميادين القانون الدولي التعاوني. ونرى أن الجزاء إما أن يكون صريحا وارد بالقاعدة التشريعية بالفائدة أو العقوبة، وإما أن يكون ضمنيا بالفائدة التي تترتب على الملتزم بما ورد في القاعدة أو سلبيا ببطلان التصرف الذي صدر منه وتثبت مسؤوليته القانونية.

وتعد لوائح منظمة الصحة العالمية ملزمة لكونها تقترن بالجزاء الذي يضمن احترام المخاطبين بها. فتتضمن هذه اللوائح جزاءات ضمنية تتمثل في بطلان تصرف أية دولة تخالف ماورد بها وتثبت مسؤوليتها الدولية، أو في الفائدة التي تتحقق للدولة على أثر الالتزام بها. فعلى سبيل المثال، عندما تخالف أية دولة اللوائح المتعلقة بمكافحة انتشار الأمراض المعدية فيتصرف سلوكها باللامشروعية الدولية وتثبت مسؤوليتها الدولية التي توجب عليها تعويض الدول الأخرى فيما أصابها من ضرر لتفشي المرض المعدى. وإذا

(١) الأستاذ الدكتور/ محمد السعيد الدقاق- النظرية العامة لقرارات المنتظمات الدولية ودورها في إرساء قواعد القانون الدولي- مرجع سابق- الصفحات ٢٢٢ : ٢٢٣.

التزمت الدولة بما ورد في تلك اللوائح فسوف تجنى فائدة وهي الوقاية من هذا المرض. والصورة الأخيرة هي الغالبة في مجال اللوائح الدولية الصحية المتعلقة بمكافحة الأمراض المعدية، وخير دليل على ذلك أنه في تاريخ منظمة الصحة العالمية لم يثبت مخالفة أية دولة لما ورد باللوائح الدولية الصحية. حتى إذا ظهر أى خلاف في تطبيق اللوائح الدولية الصحية بين المنظمة وأية دولة سرعان ما ينتهى بالتسوية عن طريق المفاوضات أو المساعي الحميدة أو الوساطة.^(١)

مما سبق يتبين أنطباق المعايير الثلاثة على اللوائح التى تصدرها منظمة الصحة العالمية، وهى تعد بذلك من التشريعات الدولية الصحية بالمعنى الفنى الدقيق.

الفرع الثانى .

تطبيقات منظمة الصحة العالمية لهذه اللوائح .

لم تستخدم منظمة الصحة العالمية أسلوب اللوائح فى كل المجالات المحددة دستوريا، سوى فى مجال واحد وهو مكافحة انتشار الأمراض المعدية على المستوى الدولى.

وكانت أولى اللوائح التى اعتمدها منظمة الصحة العالمية فى هذا المجال هى اللوائح الدولية للسلامة الصحية عام ١٩٥١م. وتعد هذه اللوائح امتدادا للنهج الكلاسيكى الذى بدأ منذ عام ١٨٥١م، والذى كان يستخدم أسلوب الاتفاقيات الذى ثبت فشله فى النهاية. استمرت منظمة الصحة العالمية على النهج الكلاسيكى ولكن مع الاختلاف فى الأسلوب التشريعى المتمثل فى اللوائح. سعى النهج الكلاسيكى إلى الحماية ضد الانتشار الدولى للأمراض

1) Lawrence O. Gostin- Influenza A(H1N1) And Pandemic Preparedness Under The Ruls of International Law- JAMA- 10 June 2009- Vol. 301- No. 22- Pg. 2377.

المعدية، من خلال الالتزامات التشريعية الدولية التي فرضت على الدول بواسطة الاتفاقيات ثم لوائح منظمة الصحة العالمية وهي: ^(١)

- (١) التزام الدول بالإبلاغ عن تفشي أمراض محددة.
- (٢) الحفاظ على مستوى كاف من قدرات الصحة العامة في نقاط الدخول والخروج من المرض (مثل الموانئ البحرية، وفي وقت لاحق المطارات).

كما سعى النهج الكلاسيكي للتقليل من تدخل الصحة العامة مع التجارة والسفر الدولي عن طريق اشتراطات تستند على الوقاية من الأمراض بواسطة القليل من التدابير التقييدية للتجارة والسفر الدولي وعلى أسس من الأدلة العلمية ومبادئ الصحة العامة. أنتج هذا النهج النصوص الواردة في الاتفاقيات الدولية الصحية واللوائح الدولية الصحية حيث وردت بهما التزامات تتعلق بالاستجابة للتدابير المنصوص عليها لمنع استيراد الأمراض المعدية وكانت أقصى تدابير يمكن للحكومات تطبيقها. صممت هذه الالتزامات بناء على النهج الكلاسيكي لجعل المعلومات حول تفشي المرض في الدول متاحة وشفافة من أجل تيسير تطبيق الدول الأخرى للتدابير المناسبة للصحة العامة على وسائل النقل الدولي. وبعبارة أخرى، أنشأت هذه الالتزامات نظام للمراقبة الدولية لبعض الأمراض المعدية، وحاولت التوفيق بين سياسات الحجر الصحي وحركة التجارة والسفر الدولي. وكان الهدف منها تنظيم و تنسيق ردود فعل الدول لتفشي الأمراض المعدية في الدول الأخرى بحيث يمكن للدول حماية أنفسها من استيراد الأمراض، وانتشرت الطرق الفعالة علمياً والأقل تقييداً للتجارة والسفر الدولي. ^(٢)

-
- 1) Rebecca Katz and Julie – The Revised International Health Regulations : A Framework For Global Pandemic Respons- G.H.G. – Spring 2010- Vol. 3- Issue 2- pp. 1 : 2.
 - 2) David P. Fidler- From International Sanitary Conventions To Global Health Security: The New International Health Regulations- Chinese Journal of International Law- op. cit.- pg. 332.

كلفت جمعية الصحة الأولى عام ١٩٤٨م لجنة خبراء الوبائيات الدولية والحجر الصحي، على ضوء المعرفة العلمية الجديدة، بمراجعة الاتفاقيات الدولية الصحية القائمة آنذاك والبالغ عددها ١٢ اتفاقية ودمجها في مجموعة واحدة من اللوائح الدولية للسلامة الصحية لتغطي حركة التجارة والسفر الدولي. وبعد عدة مداولات في الدورات التالية تمكنت جمعية الصحة الرابعة عام ١٩٥١م من اعتماد اللوائح الدولية للسلامة الصحية والتي تضمنت مكافحة أمراض الكوليرا والطاعون والحمى الصفراء والجدرى والتيفوس وحمى الرابعة، كما تضمنت بعض التدابير الخاصة بالحجاج وبالسفن والطائرات الخاصة بنقل الحجاج.^(١)

وبذلك ولدت مجموعة من القواعد التشريعية الدولية بشأن مكافحة الأمراض المعدية دولياً خاضعة لإحدى المنظمات الحكومية ذات العضوية العالمية. مما يعني تبسيط وتعميم النهج الكلاسيكي من خلال اللوائح الدولية للسلامة الصحية. وبالإضافة إلى ذلك، فإن عدم النص على الانسحاب بدستور منظمة الصحة العالمية ساعد على ضمان أن مجموعة واحدة من القواعد يمكن تطبيقها على نطاق واسع في النظام القانوني الدولي.^(٢)

عدلت بعد ذلك هذه اللوائح ست مرات، وشملت المواد المتعلقة بالحج والمواد الخاصة بالحمى الصفراء وشهادات التطعيم الدولية. وفي عام ١٩٦٩م، وعلى أثر التقدم في المعرفة العلمية وزيادة القدرات الصحية للدول، اعتمدت جمعية الصحة الحادية والعشرون لوائح جديدة سميت باللوائح الدولية الصحية واقتصرت على أمراض الكوليرا والطاعون والجدرى

(1) دليل قرارات جمعية الصحة والمجلس التنفيذي (المجلد الأول) - منظمة الصحة العالمية - مرجع سابق - ص ١٢٧.

2) David P. Fidler- From International Sanitary Conventions To Global Health Security: The New International Health Regulations- Chinese Journal of International Law- op. cit.- pg. 333.

والحمى الصفراء. وفي عام ١٩٨٠م، قررت جمعية الصحة إزالة مرض الجدري من قائمة اللوائح على أثر القضاء على هذا المرض عالمياً.^(١) ومنذ الثمانينات، بدأ اضمحلال النهج الكلاسيكي تدريجياً ويعود ذلك لأسباب الآتية:

أولاً: اهتمام منظمة الصحة العالمية بتحقيق المبادئ الواردة بديباجة دستورها وهي:^(٢)

- الصحة هي حالة من السلامة البدنية والعقلية والرفاه الاجتماعي وليس مجرد انعدام المرض أو العجز.
 - التمتع بأعلى مستوى من الصحة يمكن بلوغه هو أحد الحقوق الأساسية لكل إنسان دون تمييز بسبب العنصر أو الدين أو العقيدة السياسية أو الحالة الاقتصادية أو الاجتماعية.
 - صحة جميع الشعوب أمر أساسي لتحقيق السلام والأمن، وتعتمد على التعاون الأكمل من الأفراد والدول.
- وكان ذلك من خلال الاهتمام بمحاصرة الأمراض المعدية من أماكن انبعاثها، بواسطة اعتماد جمعية الصحة لبرنامج الصحة للجميع. وقد تتضمن البرنامج عدة طرق منها على سبيل المثال: بناء القدرات الصحية للدول (توفير مياه الشرب النظيفة، وأنظمة الصرف الصحي، والاهتمام بصحة الأمومة والطفولة... وغيره)، والاهتمام بتوفير التطعيمات المختلفة.

1) Rebecca Katz and Julie Fisher- The Revised International Health Regulations: A Framework for Global Pandemic Response- G.H.G.- op. cit- pg. 3.

2) David P. Fidler- From International Sanitary Conventions To Global Health Security: The New International Health Regulations- Chinese Journal of International Law- op. cit.- pp. 334 : 338.

ثانياً: الانخفاض الكبير في الأهمية السياسية الدولية لمكافحة الأمراض المعدية، من خلال اهتمام الدول المتقدمة بتطوير العقاقير الخاصة بالحد من انتشار الأمراض المعدية.

ثالثاً: المساهمة الكبيرة في اضمحلال النهج الكلاسيكي يعود إلى ظهور ثلاثة فروع جديدة للقانون الدولي العام وهي:

١- القانون الدولي لحقوق الإنسان: وكانت ديباجة دستور منظمة الصحة العالمية أول من نصت على حق الإنسان في الصحة. وبدأ التطور في تقرير هذا الحق حيث ورد بالعهد الدولي للحقوق الاقتصادية والاجتماعية والثقافية، وتعاونت جهود المنظمات الدولية في تفعيل هذا الحق مثل ثبوت حق الإنسان في الحصول على خدمات الرعاية الصحية الأولية، وحق الإنسان في الحصول على العقاقير المختلفة سواء للوقاية بواسطة التطعيمات أو العلاج دون تمييز بخلاف تقرير مسؤولية الدولة في تحقيق ماسبق لشعبها.

٢- القانون الدولي البيئي: حيث أبرمت عدة اتفاقيات لمكافحة التلوث البحري ومكافحة تلوث الهواء والسيطرة على المصادر المسببة للتغيرات المناخية، وتضمنت هذه الاتفاقيات الحد من تهديدات التلوث المضر بصحة الإنسان.

٣- القانون الدولي التجاري: الاتفاقية العامة للتعريفات الجمركية والتجارة (الجات) ثم منظمة التجارة العالمية، غيرت الاهتمام المتعلق بالتوازن بين التجارة الدولية والصحة فاهتمت الدول بالمزيد من تحرير التجارة دون النظر لاعتبارات الصحة العامة، بالرغم من النص في اتفاقيات التجارة على استثناء اعتبارات الصحة العامة من تحرير التجارة.

المطلب الثاني

الطبيعة الموضوعية للوائح الدولية الصحية ٢٠٠٥م

اعتمدت جمعية الصحة في ٢٣ مايو ٢٠٠٥م اللوائح الدولية الصحية الجديدة والتي أصبحت نافذة في مايو ٢٠٠٧م. وقد استغرق العمل في إعداد هذه اللوائح عقد من الزمان، منذ أن قررت جمعية الصحة عام ١٩٩٥م ضرورة تطوير اللوائح الدولية الصحية القائمة آنذاك. وتعد اللوائح الجديدة إطار كامل يضم عدة قواعد تشريعية دولية لمواجهة كافة التهديدات الدولية الصحية، ونستعرض ذلك من خلال الفروع الآتية:

الفرع الأول : الغرض والنطاق

الفرع الثاني : التزامات الدول الأطراف بأنشطة المراقبة والاستجابة

الفرع الثالث : التزامات الدول الأطراف بمبادئ حقوق الإنسان

الفرع الرابع : نفاذ اللوائح الدولية الصحية الجديدة

الفرع الأول

الغرض والنطاق

في تسعينيات القرن الماضي، تضافرت عدة عوامل أدت إلى القضاء على النهج الكلاسيكي نهائياً وأصبحت اللوائح القائمة آنذاك غير ذات قيمة. وتمثلت هذه العوامل في النقاط الآتية:

أولاً: العولمة^(١)

ذهب جانب من الفقه الغربي^(٢) إلى تعريف العولمة بأنها تآكل الفسوق التقليدية بين الشؤون الداخلية والخارجية للدول، فهي تعني خصخصة الأسواق

(١) الأستاذ الدكتور / ممدوح محمود منصور - العولمة (دراسة في المفهوم والظاهرة والأبعاد) - أليكس لتكنولوجيا المعلومات - ٢٠٠٤م - الإسكندرية - الصفحات ١١ : ١٧.

2) David P. Fidler- Globalization, International Law and Emerging Infectious Diseases- Emerging Infectious Diseases- 1996- Vol. 2- No. 2- pp. 78 : 79.

والقوانين والسياسات أى تضافر علاقات الشعوب والأفراد من أجل الصالح العام. وتتسأ العولمة من التقاء علاقات قديمة مع علاقات حديثة فى العلاقات الدولية، فتتطوى على علاقات قديمة جدا فى مجال أو مجالات مختلفة بين دول ذات سيادة مع علاقات جديدة فى ذات المجالات ولكنها مكثفة وواسعة النطاق بفضل التقدم التكنولوجى فى النقل والاتصالات. وفى مجال الصحة العامة، يمكن ملاحظة تلاقى علاقات قديمة مع حديثة فى مجال مكافحة الأمراض المعدية. تاريخيا نظمت العلاقات القديمة بواسطة الاتفاقيات بين الدول ذات السيادة، وحديثا بواسطة منظمة الصحة العالمية مع توسع كبير فى النقل والاتصال الدولى. ويتضح تأكيد أن الدولة بمفردها لايمكن أن تكافح الأمراض المعدية. وظهر تأثير العولمة على الصحة العامة فى النقاط التالية:

١. تقلص العالم كقرية صغيرة من خلال التقدم التكنولوجى والترابط الاقتصادى بسمح بانتشار الأمراض المعدية بيسر عة كبيرة. ويرجع ذلك إلى زيادة السفر الدولى، وسهولة تداول الأغذية عالميا. على سبيل المثال الاتحاد الاوروبى، حرية حركة السلع ورأس المال والأيدى العاملة جعل الأمر أكثر صعوبة بالنسبة للدول العضاء لحماية السكان المحليين من الأمراض المكتسبة من دول أخرى. (١)
٢. تكثيف تطوير السوق العالمية للمنافسة الاقتصادية أدى لزيادة الضغط على الحكومات للحد من النفقات العامة، بما فى ذلك تمويل برامج الصحة العامة وأصبحت الدول غير مستعدة بشكل متزايد لمواجهة تهديدات الأمراض المعدية. (٢)
٣. من خلال برامج منظمة الصحة العالمية والمنظمات غير الحكومية انتشر التقدم الطبى مما ساهم فى زيادة الخصوبة ومتوسط الأعمار. وعلى أثر

-
- 1) Mary E. Wilson- Travel And The Emerging Infectious Diseases- Emerging Infectious Diseases- 1995- Vol. 1- No. 2- pp. 39 : 46.
 - 2) Brekelman RL. And Bryan RT.- Infectious Diseases Surveillance: A Crumbling Fondation – Science- 15 April 1994- Vol. 264- pp. 366 : 370.

ذلك، ظهرت الزيادة السكانية التي خلقت ظروف خصبة لانتشار الأمراض المعدية مثل الاكتظاظ، وانعدام المرافق الصحية الملائمة، والضغط على طاقة البنية التحتية للصحة العامة.^(١)

ثانياً: ظهور أمراض معدية وإعادة ظهور أمراض معدية

في عام ١٩٦٩م أعلن ويليام ستيوارت الجراح العام للولايات المتحدة الأمريكية في الكونجرس " انتهاء عصر تهديدات انتشار الأمراض المعدية ". وبعد عقدين من الزمان بدأت أمراض معدية جديدة في الانتشار مثل الإيدز والإيبولا (الحمى النزفية) والالتهاب الرئوي الحاد (سارس) (Sever Acute Respiratory Syndrome). مع عودة الأمراض القديمة في الظهور بسبب اكتساب مسبباتها دفاعات ترجع لانخفاض فعالية العلاجات المضادة للميكروبات. وعلى سبيل المثال، اجتياح وباء الكوليرا لأمريكا اللاتينية بعد أن افترض عدة خبراء أنه قد تم القضاء عليه. أفريقيا، على وجه الخصوص، شهدت زيادة خطيرة في حجم وتواتر تفشي الأمراض المعدية القديمة. الكوليرا والتهاب السحايا وجدت حالات تفشي شائعة إلى حد خطير، كذلك وباء حمى الصفراء في بوركينا فاسو، وفيروس حمى الوادي المتصدع في السودان، وحمى لاسا في سيراليون.^(٢)

ثالثاً: ارتفاع المخاوف من انتشار الأسلحة البيولوجية واحتمال الإرهاب البيولوجي^(٣)

بدأت هذه المخاوف في التأثير على الساحة السياسية في أوائل التسعينيات، خصوصاً بعد الكشف عن برامج الأسلحة البيولوجية في الاتحاد

-
- 1) Emerging Infectious Diseases: memorandum from WHO meeting- 1994- Vol. 72- No. 6- pp. 845 : 850.
 - 2) Kathleen J. Choi- A Journey Of A Thousand Leagues: Quarantine To International Health Regulations And Beyond- Pennsylvania Journal of International Law-2008- Vol. 29- No. 4- pp. 989 : 991. (Pennsylvania Journal of International Law)
 - 3) David P. Fidler- From International Sanitary Conventions To Global Health Security: The New International Health Regulations- Chinese Journal of International Law- op. cit.-pp. 342 : 343. (of International Law)

السوفيتي السابق، ولكن القلق تسارع بعد الإرهاب الكيميائي بغاز السارين على مترو الانفاق في طوكيو عام ١٩٩٥م ومحاولات ارتكاب هجمات بيولوجية أخرى. هجمات الجمرة الخبيثة ضد الولايات المتحدة في أكتوبر ٢٠٠١م، والتي كانت في أعقاب هجمات ١١ سبتمبر الإرهابية، وقد ثبت أن خطر الإرهاب البيولوجي أكثر من الخيال العلمي.

معاهدات حظر استخدام الأسلحة البيولوجية في النزاعات المسلحة وتخزين وحيازة الأسلحة البيولوجية، أبرمت بعد جهود كبيرة في منتصف التسعينيات لتعزيز الحظر الوارد في اتفاقية حظر استحداث وإنتاج وتخزين الأسلحة البيولوجية وتدمير تلك الأسلحة من خلال آلية مصممة للتحقق من الالتزام بها. إلا أن هذه المعاهدات، لاتواجه التحديات التي من شأنها وقف ارتكاب الإرهاب البيولوجي الحالي. تحولت هذه التحديات إلى الاهتمام بإدارة السياسة تجاه البنية التحتية للصحة العامة والرعاية الصحية. وأدلى شبح الإرهاب البيولوجي على نوعية القدرات الوطنية والدولية للصحة العامة، مثل المراقبة والاهتمام الأمنى. وأصبح هناك ضرورة وأفضلية لمراقبة الأمن العالمى الصحى على نحو أكثر قوة لمواجهة تفشى الأمراض المعدية الناجمة عن تهديد الإرهاب البيولوجي وغيره.

أدت العوامل السابقة لإنكماش النهج الكلاسيكى الذى سار عليه التعاون الدولى الصحى فترة طويلة من الزمان. كما أصبحت اللوائح الدولية الصحية ١٩٦٩م غير فعالة لمواجهة العوامل السابق إيضاها. ولذلك اتخذت جمعية الصحة قرارها فى مايو ١٩٩٥م بتنقيح اللوائح الدولية الصحية حتى تصبح ملائمة لمواجهة كافة التحديات السابق ذكرها. وبالفعل وبعد عشرة سنوات اعتمدت جمعية الصحة فى مايو ٢٠٠٥م اللوائح الدولية الصحية الجديدة.

ومما سبق كان من الطبيعى أن يكون الغرض المعلن بالمادة الثانية من اللوائح الدولية الصحية ٢٠٠٥م^(١) هو " المنع والحماية والمكافحة وتوفير

(١) اللوائح الدولية الصحية ٢٠٠٥م - منظمة الصحة العالمية - ٢٠٠٨م جنيف - ص ١١.

استجابة الصحة العامة لانتشار المرض على الصعيد الدولي التى تتناسب وتقتصر على مخاطر الصحة العامة، والتى تجنب

التدخل غير الضرورى فى حركة التجارة والسفر الدولى ". وعلى أثر ذلك، تكونت اللوائح من ١٠ أجزاء تحتوى على العديد من الحكام الرئيسية و٩ مرفقات، تستند على عدة أسس هى: (١)

- ١- التأكيد على أغراض الصحة العامة الأساسية.
- ٢- نطاق واسع يغطى بمرونة التهديدات الصحية المتنوعة.
- ٣- المراقبة العالمية من خلال تطوير شبكات إعلامية رسمية وغير رسمية.
- ٤- تحديد معايير الأداء وقياس النتائج للنظم الوطنية للصحة العامة، ومساعدة الدول.
- ٥- حماية حقوق الإنسان، ووضع التدابير القائمة على الأدلة العلمية.
- ٦- الإدارة الرشيدة واعتماد مبادئ النزاهة والموضوعية والشفافية.
- ٧- التزام الدول للمعايير الصحية والاقتصادية والمساعدة التقنية للدول الفقيرة.

من الطبيعى أن يكون نطاق اللوائح الجديدة متسقا مع الغرض من اللوائح، ولذلك خرجت اللوائح الجديدة عن النهج القديم والذى كان يحدد قائمة لمجموعة من الأمراض تنطبق عليها التزامات اللوائح. وقد حدث جدل كبير بين الولايات المتحدة الأمريكية والدول الأوروبية فى هذا الخصوص. فبينما أرادت الولايات المتحدة الأمريكية إدراج قائمة بأمراض الجدري والطاعون

1) Lawrence O. Gostin- International Infectious Disease Law- JAMA- op. cit.- pg. 2623.

- Lawrence O. Gostin and Fellow L. Gable- The Draft Revised International Health Regulations- Comments From The Center For Law And The Public's Health- 3 March 2004- The Center For Law And The Public's Health At Georgetown And Johns Hopkins Universities- Pg. 1 : 2.

والجمرة الخبيثة والتسمم الغذائي تمشيًا مع حربها ضد الإرهاب، كان الأوروبيون يرغبون التوسع في أكثر من ذلك دون تحديد قائمة بالأمراض.^(١) ولما كان من السهل علميًا تحديد عما إذا كان المرض معدى من عدمه، إلا أنه من الصعب تحديد ذلك تشريعيًا.^(٢) ولذلك لجأت اللوائح الجديدة إلى استبعاد كلمة مرض واستخدمت كلمة حدث فنصت المادة السادسة^(٣) باللوائح الجديدة بوجوب إبلاغ الدول لأي حدث يشكل طارئة صحية عامة تثير قلقًا دوليًا والتدابير التي اتخذتها الدولة لمواجهتها. وبذلك أصبحت اللوائح الجديدة تضم كافة مخاطر الصحة العامة أيا كان مصدرها كالتالي:^(٤)

- ١- الأمراض المعدية بشكل طبيعي سواء كانت معروفة السبب من عدمه.
- ٢- الانتشار الدولي للأمراض غير المعدية الناجمة عن عوامل بيولوجية أو كيميائية أو إشعاعية.
- ٣- الانتشار المقصود وغير المقصود لآثار الأسلحة، البيولوجية أو الكيميائية أو النووية.

وبذلك تختص اللوائح الجديدة بكل حدث يشكل تهديد للصحة الدولية، وبالنسبة للاستخدام العمدى أو غير العمدى (الإرهاب) لأسلحة الدمار الشامل فلا تختص اللوائح بالنظر في مشروعية استخدامه وإنما تختص بمواجهة الآثار المترتبة عليه. وهو ما أشارت إليه الفقرة الثانية بالمادة الثانية من اللوائح بأنه يسترشد في تطبيق اللوائح بميثاق الأمم المتحدة ودستور منظمة

-
- 1) Mirna Beest Holle And Marja Esveld- Global Implications Of The New WHO International Health Regulations- International Journal Of Infections Control- 2006- Vol. 2- No. 1- pg.2.
 - 2) David P. Fidler- Globalization, International Law and Emerging Infectious Diseases- Emerging Infectious Diseases- op.cit.- pg. 80.
 - 3) اللوائح الدولية الصحية ٢٠٠٥م- منظمة الصحة العالمية- مرجع سابق - ص ١٢.
 - 4) David P. Fidler And Lawrence O. Gostin- The New International Health Regulations: An Historic Development For International Law And Public Health- Journal Of Law, Medicine And Ethics- March 2006- Vol.34- pp. 86 : 87.

الصحة العالمية. وكذلك ما أنتهى إليه الرأى الاستشارى لمحكمة العدل الدولية فى هذا الخصوص والسابق إيضاحه بالباب السابق.^(١)

كما حدد المرفق الثانى باللوائح الجديدة، مجموعة من المبادئ التوجيهية التى تسترشد بها الدول فى تقرير ذلك، وهى عبارة عن مجموعة من الأسئلة تجيب عليها الدولة الطرف لتقرر إبلاغ المنظمة من عدمه كالاتى:^(٢)

- ٤- هل تتأثر الصحة العامة بهذا الحدث الخطير؟
 - ٥- هل هذا الحدث غير عادى أو غير متوقع؟
 - ٦- هل هناك مخاطر محتملة كبيرة من انتشاره على الصعيد الدولى؟
 - ٧- هل هناك مخاطر كبيرة على السفر الدولى أو قيود التجارة الدولية؟
- إذا كانت إجابات الدولة " نعم " على اثنين من هذه الأسئلة، فيشكل الحدث طارئة صحية عامة تثير قلقا دوليا ويجب إبلاغ منظمة الصحة العالمية بموجب اللوائح الدولية للصحة الجديدة.
- بالرغم من كون الإعلان بوجود طارئة صحية عامة تثير قلقا دوليا شديد الخطورة، إلا أنه من اختصاص المدير العام لمنظمة الصحة العالمية وحدة فقط. هذا الاختصاص ليس مطلق، وإنما مقيد ببعض الشروط التى حددتها المادة الثانية عشر^(٣) باللوائح الجديدة وهى:

- ١- المعلومات المقدمة من الدول الأطراف.
- ٢- المبادئ التوجيهية الواردة بالمرفق الثانى.

1) David P. Fidler- From International Sanitary Conventions To Global Health Security: The New International Health Regulations- Chinese Journal of International Law- op. cit- pg. 357.

2) David P. Fidler- From International Sanitary Conventions To Global Health Security: The New International Health Regulations- Chinese Journal of International Law- op. cit.-pg. 373.of International Law)

(3) اللوائح الدولية للصحة ٢٠٠٥م- منظمة الصحة العالمية- مرجع سابق - ص ١٥.

٣- مشورة لجنة الطوارئ.^(١)

٤- المبادئ العلمية المتاحة وكذلك المتاح من البيانات العلمية.

٥- تقييم المخاطر المحتملة المحدقة بصحة الإنسان والمخاطر المحتملة لانتشار المرض على المستوى الدولي، ومخاطر التدخل في حركة التجارة والسفر الدولي.

وبالرغم من كل هذه الشروط والتي تهدف للحفاظ على الصحة، إلا أن الاعتبارات السياسية تؤثر في اتخاذ مثل هذه القرارات. على سبيل المثال، في عام ٢٠٠٣م وعلى أثر انتشار وباء سارس وقبول الدول الالتزام الطوعي بما توصلت إليه منظمة الصحة العالمية آنذاك لبعض مواد اللوائح الجديدة، ثار نزاع بين المنظمة ومسئولي الصحة الكنديين. وترجع أسباب النزاع لحظر منظمة الصحة العالمية السفر لمدينة تورنتو الكندية، وقرر مسئولو الصحة الكنديين بأن الحجج التي يستند عليها قرار المنظمة غير مقنعة، وعقب اجتماع مغلق بين الطرفين اتفق الطرفان على زيادة الفحص الطبي بمطار تورنتو.^(٢)

الفرع الثاني

التزامات الدول الأطراف بأنشطة المراقبة والاستجابة

تعرف المراقبة الصحية بأنها المناهج المتعلقة بتحليل وتفسير بيانات نتائج محددة لاستخدامها في تخطيط وتنفيذ وتقييم أعمال ممارسة الصحة

1) لجنة الطوارئ وفقا للمادة ٤٨ باللوائح الجديدة من خبراء يختارهم المدير العام من أعضاء قائمة الخبراء المعنيين باللوائح الدولية الصحية، وعند الضرورة من خبراء منظمة الصحة العالمية مع مراعاة اعتبارات التمثيل الجغرافي العادل. كما يحدد المدير العام مدة عضوية اللجنة بهدف ضمان استمرارية بحثها لأي حدث محدد ولعواقبه.

- اللوائح الدولية الصحية ٢٠٠٥م - منظمة الصحة العالمية - مرجع سابق - ص ٣٥.
2) Jonathan E. Suke- Sound Science And The New International Health Regulations- Global Health Governance- 2007- Vol. 1- No. 2- pg.2. International Law)

العامّة. (١) اعتمدت اللوائح الجديدة على نوعين من قدرات المراقبة الصحية وهما القدرات الوطنية والدولية. وبالنسبة للقدرات الوطنية للمراقبة الصحية، منحت اللوائح الجديدة الدول الأطراف مهلة حتى عام ٢٠١٢م للوفاء بالتزامات المتعلقة بتجهيز قدرات المراقبة الصحية بعد خمسة سنوات من تاريخ نفاذ اللوائح في ٢٠٠٧م. ويجوز للدولة الطرف الحصول على تمديد لمدة سنتين من خلال تقديم ضرورات تبرر ذلك، وفي الظروف الاستثنائية يجوز للمدير العام لمنظمة الصحة العالمية تمديد هذه المدة سنتين. (٢)

وهنا تثار مشكلة الدول الفقيرة، كيف سيتم بناء قدرات المراقبة والاستجابة الصحية لمثل هذه الدول وهي تعاني من نقص الموارد؟ التزامات منظمة الصحة العالمية هي توفير المراقبة والمساعدة الفنية للاستجابة، ولكن لا تعالج مشاكل نقص الموارد. اللوائح الجديدة حثت الدول الغنية بمساعدة الدول الأخرى سواء لبناء قدرات المراقبة أو الاستجابة الصحية. نصوص اللوائح الجديدة (الفقرة الخامسة بالمادة الثالثة عشر - الفقرة الأولى بالمادة أربعة وأربعين) لم تصل لدرجة التكليف وإنما اكتفت بالحث. (٣)

وفي عام ١٩٩٥م، أنشأت الدول الصناعية الكبرى شبكة للصحة العالمية تهدف لدعم قدرات المراقبة والاستجابة الصحية للتعامل مع

1) Michael G. Baker And David P. Fidler- Global Public Health Surveillance Under New International Health Regulations- Emerging Infectious Diseases- 2006- Vol. 12- No. 7- pp. 1058 : 10559.

2) David P. Fidler And Lawrence O. Gostin- The New International Health Regulations: An Historic Development For International Law And Public Health- Journal Of Law, Medicine And Ethics- op. cit.-pg. 88.

3) اللوائح الدولية الصحية ٢٠٠٥م - منظمة الصحة العالمية - مرجع سابق - الصفحات ١٦، ٣٣.

الأمراض المعدية وغيرها. وتضم هذه الشبكة شبكات إقليمية لمساعدة الدول مثل شبكة الشرق الأوسط التي تضم الأردن وإسرائيل والسلطة الفلسطينية.^(١) أما بالنسبة لقدرات المراقبة الدولية الصحية، بداية أقامت اللوائح الجديدة هيكل لتسهيل الاتصالات بين الدول الأطراف والمنظمة. حيث ألزمت الدول الأطراف بإنشاء نقاط اتصال وطنية، تتولى جميع الاتصالات الخاصة باللوائح الجديدة. كما ألزمت اللوائح منظمة الصحة العالمية، بإنشاء مركز اتصال لتسهيل التبادل السريع لمعلومات المراقبة الصحية وغيرها.^(٢) ولتفادي عدم التزام الدول بالإبلاغ الرسمي بالأحداث التي تثير قلقاً دولياً، فرضت اللوائح الجديدة نهج جديد يختلف عن اللوائح القديمة. يتضمن هذا النهج أنه بخلاف الإبلاغ الرسمي، للمنظمة اختصاص تلقى بلاغات من جهات غير رسمية مع الاحتفاظ بسريتها عند الضرورة ثم تتشاور مع الدولة العضو في هذا الخصوص وتقوم بعرض التعاون معها. فإذا رفضت الدولة التعاون مع المنظمة وكان للحادث مخاطر محتملة ومحدقة بالصحة العامة، تقوم المنظمة بإبلاغ الدول الأطراف الأخرى.^(٣) ويقر جانب من الفقه

1) David P. Fidler- Globalization, International Law and Emerging Infectious Diseases- Emerging Infectious Diseases- op.cit.- pg. 78 : 79.

- Louise Gresham, Assad Ramlawi, Julie Briski And Mariah Richardson- Trust Across Borders: Responding To 2009 H1N1 Influenza In The Middle East- Biosecurity And Bioterrorism: Biodefence Strategy, Practice And Science- 4 Nov. 2009- Vol.7- pg. 399.

(2) اللوائح الدولية الصحية ٢٠٠٥م- منظمة الصحة العالمية- مرجع سابق - ص ٤.

- Michael G. Baker And David P. Fidler- Global Public Health Surveillance Under New International Health Regulations- Emerging Infectious Diseases- op. cit.- pg.1060.

3) Lawrence O. Gostin- International Infectious Disease Law- JAMA- op. cit.- pg. 2625.

- ومن الملاحظ ازدياد دور المنظمات غير الحكومية في نطاق العمل الدولي. =

الغربي في هذا الخصوص، بأنه يمكن لشبكات صغيرة في العالم أن تكون مصدراً غنياً بالمعلومات بواسطة نظم الاتصالات المتقدمة.^(١)

الاستجابة الدولية للصحة.

عقب الإعلان بوجود حدث يشكل طارئة صحة عامة تثير قلقاً دولياً، منحت اللوائح الجديدة مدير عام منظمة الصحة العالمية اختصاص إصدار نوعين من التوصيات (مؤقتة - دائمة) لمواجهة الحدث. ويراعى المدير العام عند إصدار التوصيات الآتى:^(٢)

١. آراء الدول الأطراف المعنية مباشرة.
 ٢. مشورة لجنة الطوارئ أو لجنة المراجعة حسب الظروف.
 ٣. المبادئ العلمية وكذلك البيانات والمعلومات العلمية المتاحة.
 ٤. التدابير الصحية التى تحتوى إجراءات أكثر تقييداً لحركة التجارة والسفر الدولى.
 ٥. الصكوك الدولية ذات الصلة.
 ٦. الأنشطة التى تضطلع بها المنظمات الدولية الحكومية والهيئات الدولية الأخرى.
 ٧. المعلومات الأخرى الملائمة ذات الصلة بالحدث.
- ويصدر المدير العام لمنظمة الصحة العالمية التوصيات المؤقتة بعد مشورة لجنة الطوارئ التى تتضمن التدابير الصحية للدولة الطرف أو الدول الأطراف. صلاحية التوصيات المؤقتة ثلاثة أشهر من صدورها ويجوز

= الأستاذ الدكتور / مصطفى أحمد فؤاد - اللجنة الدولية الأولمبية بين الإقليمية والعالمية - مجلة روح القوانين - جامعة طنطا - العدد الثالث - ديسمبر ١٩٩٠م - ص ٢٥٠.

- اللوائح الدولية الصحية ٢٠٠٥م - منظمة الصحة العالمية - مرجع سابق - الصفحات ١٤ : ١٥.

1) Karin Dinest- Networks Replace Nations States In New World Order- Princeton Bulletin- 12 April 2004- Vol. 93- No. 23- pg. 68.
(2) اللوائح الدولية الصحية ٢٠٠٥م - منظمة الصحة العالمية - مرجع سابق - ص ١٥.

تمديد لها لمدد أخرى على ألا تتجاوز موعد انعقاد جمعية الصحة التي تؤكد وقوع حدث يشكل طارئة صحية عامة تثير قلقاً دولياً والتوصيات المتعلقة بها. كما يصدر المدير العام توصيات دورية أو روتينية بعد التشاور مع لجنة المراجعة^(١) بشأن إخطار محددة ومستمرة تهدد الصحة العامة للحيلولة دون انتشار المرض دولياً.^(٢) وعلى أثر اندلاع وباء سارس عام ٢٠٠٤م بأجزاء مختلفة من العالم^(٣)، أعدت منظمة الصحة العالمية مجموعة من المبادئ التوجيهية للمساعدة على تنفيذ نصوص اللوائح الجديدة المتعلقة بالاستجابة السريعة لمواجهة وباء الأنفلونزا. على سبيل المثال، تحديد مراحل الوباء لتتمكن النظم الصحية الوطنية من وضع خطط للاستعداد وهي:^(٤)

1) لجنة المراجعة: يختار المدير العام لمنظمة الصحة العالمية أعضائها من قائمة خبراء اللوائح الجديدة أو قائمة خبراء منظمة الصحة العالمية مع مراعاة اعتبارات التوزيع الجغرافي العادل. وتحتص اللجنة بتقديم المشورة للمدير العام بشأن الاقتراح بتعديل اللوائح والتوصيات الدائمة وأية مسألة يحيلها المدير العام إليها وتتعلق بأداء اللوائح.

- اللوائح الدولية الصحية ٢٠٠٥م - منظمة الصحة العالمية - مرجع سابق - ص ٣٥.
2) David P. Fidler And Lawrence O. Gostin- The New International Health Regulations: An Historic Development For International Law And Public Health- Journal Of Law, Medicine And Ethics-op. cit.-pp. 90 : 91.

3) من الجدير بالذكر كان انتشار وباء سارس بين عامي ٢٠٠٤م، ٢٠٠٥م على ثلاث موجات، الأولى في الفترة ما بين ديسمبر ٢٠٠٣م وحتى مارس ٢٠٠٤م بدولتي تايلند وفيتنام وأدى لإبادة ١٢٠ مليون من الطيور وإصابة ٣٥ إنسان توفى منهم ٢٤ حالة. كانت الموجة الثانية في الفترة ما بين أغسطس ٢٠٠٤م وأكتوبر ٢٠٠٤م بدول تايلند وفيتنام وكمبوديا والصين وإندونيسيا وماليزيا، وبينما بلغت حالات الإصابة بين الطيور أقل من مليون كانت حالات الإصابة الإنسانية تسعة حالات توفى منها ثمانية. أما الموجة الثالثة، كانت في الفترة ما بين ديسمبر ٢٠٠٤م وحتى مارس ٢٠٠٥م حيث وقع الوباء في تايلند وفيتنام وكمبوديا وكوريا الديمقراطية الشعبية وإندونيسيا، وبلغت الإصابات البشرية ٧٤ حالة توفى منها ٤٩ حالة. ومن دراسة المنظمة لهذه الموجات انتهت إلى أن الفيروس المسبب لهذا النوع من الأنفلونزا هو H5N1 وسلوك تطور نموه ينبئ بأنه يستطيع أن يحدث أوبئة شديدة الوطأة مستقبلاً.

- الوثيقة رقم A58/13 - منظمة الصحة العالمية - جنيف - ٧ أبريل ٢٠٠٥م
4) Global Influenza Programme - World Health Organization- 2009- Geneva- pp. 24 : 48.

المرحلة الأولى

عدم ورود أنباء عن انتقال الفيروسات المنتشرة بين الحيوانات إلى البشر.

المرحلة الثانية

زيادة انتشار الفيروسات في الحيوانات بما يهدد بالانتقال إلى البشر.

المرحلة الثالثة

انتقال فيروس الأنفلونزا بين الحيوان والإنسان في حالات متفرقة أو في مجموعات صغيرة من الحالات المرضية بين الناس.

المرحلة الرابعة

انتقال المرض من الإنسان إلى الإنسان، ويصبح للفيروس القدرة على إحداث وباء على المستوى الوطني. في مثل هذا الحدث ينبغي التشاور بشكل عاجل مع منظمة الصحة العالمية بحيث يمكن تقييم الوضع على نحو مشترك واتخاذ قرار من قبل الدولة المتضررة للاحتواء السريع للوباء.

المرحلة الخامسة

انتشار الفيروس من الإنسان إلى الإنسان في دولتين على الأقل في أحد أقاليم منظمة الصحة العالمية. وتعد هذه المرحلة إشارة قوية إلى أن الوباء على وشك أن يكون عالمياً.

المرحلة السادسة

وتسمى هذه المرحلة بالجائحة، حيث يقع الوباء بدولتين داخل إقليمين على الأقل من أقاليم منظمة الصحة العالمية. وهذه المرحلة تشير إلى أن وباء أصبح عالمياً ولا يزال جارية. خلال فترة ما بعد الذروة

تشهد مستويات انتشار الجائحة في معظم الدول التي تمتلك آليات مراقبة مناسبة أقل من مستويات الذروة المسجلة سابقاً. نشاط الجائحة في فترة ما بعد الذروة يبدأ في الانخفاض مع احتمال حدوث موجات إضافية وعلى الدول أن تكون مستعدة لمواجهة موجة ثانية. في فترة ما بعد الوباء

يعود نشاط المرض إلى مستويات لم يشهدها العالم من قبل. على سبيل المثال، فيروس الأنفلونزا سوف يتصرف مثل فيروس الأنفلونزا الموسمية.

الفرع الثالث

التزامات الدول الأطراف بمبادئ حقوق الإنسان

من الثابت أن القانون الدولي لحقوق الإنسان يفرض التزامات على الدول باحترام وحماية وتحقيق الحق في الصحة من خلال إتاحة برامج الوقاية والعلاج لمواطنيها. وبذلك يسعى القانون الدولي لحقوق الإنسان في المساهمة بالسيطرة على الأمراض المعدية دون فرض قيود غير مبررة علميا على حركة الأفراد.^(١)

وبناء على ما سبق المبدأ العام في اللوائح الجديدة (الفقرة ١ بالمادة ٣)، الالتزام بالاحترام الكامل لكرامة وحقوق الإنسان والحريات الأساسية للأفراد. ولذلك ارتكزت اللوائح الجديدة على مجموعة من الأسس لتصبح التدابير الصحية متفقة مع حقوق الإنسان وحرياته وهي:^(٢)

- ١- يجب أن تكون التدابير استجابة لحاجة ملحة أو اجتماعية.
- ٢- أن تحقق التدابير الصحية حق الإنسان في الصحة.
- ٣- أن تتناسب التدابير الصحية مع الهدف منها.
- ٤- أن تكون التدابير الصحية أقل تقييدا لحركة الإنسان وفي إطار الهدف منها.
- ٥- ألا تتطوى التدابير الصحية على أي نوع من التمييز، وكذلك في تطبيقها.

وتطبيقا لما سبق، العديد من مواد اللوائح الجديدة حظرت على الدول الأطراف اتخاذ تدابير صحية إلزامية أو علاج وقائي أو تطعيمات لأي فرد دون علمه المسبق وبموافقته، بينما يسمح للدول باتخاذ تلك الإجراءات في

1) David P. Fidler- Emerging Trends in International Law Concerning Global Infectious Disease Control- Emerging Infectious Disease-op. cit. - pg. 288.
2) David P. Fidler And Lawrence O. Gostin- The New International Health Regulations: An Historic Development For International Law And Public Health- Journal Of Law, Medicine And Ethics-op. cit.-pg. 87.

حالة الضرورة حينما يتوافر للدولة الأدلة على وجود حدث خطير يشكل تهديد وشيك للصحة العامة. وينتقد جانب من الفقه الغربي عدم وجود ضمانات قضائية مثل الحق في الاعتراض على مثل هذه التدابير في محكمة.^(١)

ونتفق مع هذا النقد إلا أنه يمكن اللجوء في مثل هذه الحالات إلى النظام القضائي الوطني، وفي حالة تعذر ذلك يمكن اللجوء إلى مجلس حقوق الإنسان القائم على متابعة مجموعة اتفاقيات حقوق الإنسان.^(٢) ولعل أهم حماية لحقوق الإنسان باللوائح الجديدة هم مانصت عليه المادة ٤٢ الخاصة بعدم فرض أو تطبيق تدابير صحية تتطوى على تمييز بسبب الجنس أو العنصر أو العقيدة السياسية أو الحالة الاقتصادية أو الاجتماعية أو الدينية.^(٣)

الفرع الرابع نفاذ اللوائح الدولية الصحية الجديدة

اعتمدت جمعية الصحة في مايو ٢٠٠٥م اللوائح الدولية الصحية الجديدة^(٤) والتي تتطوى على تغييرات أساسية للطبيعة الموضوعية لإستراتيجية قانونية دولية جديدة لمكافحة الأمراض المعدية.^(٥) ودخلت اللوائح

1) David P. Fidler- From International Sanitary Conventions To Global Health Security: The New International Health Regulations- Chinese Journal of International Law- op. cit- pg. 367.

2) الموقع الرسمي لمجلس حقوق الإنسان بالأمم المتحدة بشبكة المعلومات الدولية (الإنترنت):

- <http://www2.ohchr.org/arabic/index.htm>.

3) اللوائح الدولية الصحية ٢٠٠٥م- منظمة الصحة العالمية- مرجع سابق - ص ٣١.

4) اللوائح الدولية الصحية ٢٠٠٥م- منظمة الصحة العالمية- مرجع سابق - ص ٣.

5) David P. Fidler- From International Sanitary Conventions To Global Health Security: The New International Health Regulations- Chinese Journal of International Law- op. cit- pg. 343.

حيز النفاذ في عام ٢٠٠٧م، بعد سنتين من تاريخ إبلاغ المدير العام الدول أعضاء منظمة الصحة العالمية باعتمادها وفقا للفقرة الثانية بالمادة ٥٩. (١)

كما يختص المدير العام لمنظمة الصحة العالمية بإبلاغ الدول باعتماد اللوائح في خلال ثمانية عشر شهرا من تاريخ اعتمادها أو تعديل أى نص بها، وللدول الحق في رفضها أو التحفظ على البعض من نصوصها، وعقب انتهاء المدة المذكورة لا يحق لأى دولة إيداء الرفض أو التحفظ. (٢)

وذهب جانب من الفقه الغربى (٣) وقرر في هذا الخصوص، بأنه كان يفضل وأن تصدر منظمة الصحة العالمية هذا التشريع الدولى فى شكل اتفاقية دولية نظرا لأنها تشكل إطار كبير لمكافحة الأمراض المعدية.

ونعتقد أن منظمة الصحة العالمية فضلت إصدار هذا التنظيم فى الشكل اللاتحى لتجنب بذل الجهود الدبلوماسية فى الحصول على تصديقات الدول الأطراف، وضمان ضم أكبر عدد من الدول الأطراف. ويرجع ذلك إلى طبيعة النشاط الذى تنظمه اللوائح الجديدة، حيث تصبح بغير ذات فاعلية إذا لم تضم جميع الدول أعضاء منظمة الصحة العالمية.

تحفظت الهند بخصوص مرض الحمى الصفراء، واعتبرته حدث يشكل طارئة صحية عامة تثير قلقا دوليا وتعد أى دولة موبوءة بهذا المرض فور تلقى المنظمة بلاغ يفيد بوجود حالات بها. (٤)

كما نشب خلاف بين الولايات المتحدة الأمريكية وجمهورية إيران الإسلامية، حيث تحفظت الأولى على المادة ٩ باللوائح والتي بمقتضاها تستلم المنظمة بلاغات من دولة أو دول بوجود حدث يشكل طارئة صحية عامة تشكل قلقا دوليا داخل دولة أخرى. وأعلنت أنها ترفض أى بلاغ من شأنه أن

(1) اللوائح الدولية الصحية ٢٠٠٥م- منظمة الصحة العالمية- مرجع سابق - ص ٣٩.
(2) اللوائح الدولية الصحية ٢٠٠٥م- منظمة الصحة العالمية- مرجع سابق - ص ٤٠.
(3) David P. Fidler- Globalization, International Law and Emerging Infectious Diseases- Emerging Infectious Diseases- op.cit.- pg. 81.
(4) اللوائح الدولية الصحية ٢٠٠٥م- منظمة الصحة العالمية- مرجع سابق - ص ٦٦.

يقوض قدرة قواتها العاملة بصورة فعالة على تحقيق مصالح الأمن القومى للولايات المتحدة الأمريكية. واعترضت جمهورية إيران الإسلامية على هذا التحفظ حيث يتعارض مع مقاصد وأهداف اللوائح الجديدة.^(١) ويرى الباحث أن اعتراض جمهورية إيران الإسلامية كان يمكن أن يكون صحيحا إذا كان هذا التنظيم بواسطة اتفاقية، أما فى اللوائح فلا محل له نظرا لأن المادتين ٢١، ٢٢ من دستور منظمة الصحة العالمية لم يرد بهما ما يحل هذا الاعتراض.

كما نشب خلاف بين الصين وتايوان حول علاقاتهما باللوائح الجديدة. عقب اندلاع وباء سارس عام ٢٠٠٣م، طلبت تايوان مباشرة المساعدة من منظمة الصحة العالمية وكانت مدعوة للاشتراك فى مشاورات اللوائح الجديدة باعتبارها تتمتع بوصف المراقب بالمنظمة. وعقب صدور اللوائح الجديدة، استندت تايوان على الفقرة الثالثة بالمادة الثالثة من اللوائح الجديدة- والتي تقتضى تنفيذ اللوائح بروح من الحرص على تطبيقها بشكل شامل لحماية جميع سكان العالم كافة من انتشار المرض على المستوى الدولى- وطلبت من المنظمة الاتصال بها بشكل مباشر لتطبيق اللوائح الجديدة. اعترضت الصين على طلب تايوان وتقدمت الصين بمذكرة طلبت فيها موافقة الصين قبل أى اتصال مباشر مع تايوان. وحتى الآن لم تحل مشكلة الصين وتايوان.^(٢) ونرى أحقية الصين فى ذلك حيث أن مركز تايوان كمراقب بالمنظمة لا يمنحها حق التعامل كعضو عاذى أو منتسب.

(1) اللوائح الدولية الصحية ٢٠٠٥م- منظمة الصحة العالمية- مرجع سابق - الصفحات ٦٦ : ٦٨.

2) David P. Fidler And Lawrence O. Gostin- The New International Health Regulations: An Hestoric Development For International Law And Public Health- Journal Of Law, Medicine And Ethics- op. cit.-pp. 92 : 93.

المطلب الثالث

تطبيق اللوائح الدولية الصحية على أزمة وباء أنفلونزا

فيروس H1N1 عام ٢٠٠٩م

وقائع الأزمة

فى ربيع عام ٢٠٠٩م، ظهرت حالات عدوى بين البشر بسلالة جديدة من فيروس الأنفلونزا (H1N1) فى المكسيك والولايات المتحدة الأمريكية وكندا. بعد ذلك انتقلت العدوى إلى ٤٦ دولة تقريبا. كما بلغ عدد الحالات المصابة لحظة بداية انتشار المرض ١٣٠٠٠ حالة توفى منهم ٩٠ حالة تقريبا وكان معظمها بالمكسيك.^(١) كما دلت المؤشرات فى البداية، أن الموجة الأولى قد لا تكون على نطاق واسع أو ممرضة، ولكن هذه السلالة يمكن أن تتطور لتصبح أكثر خطورة فى موجات لاحقة كما حدث مع الأنفلونزا الإسبانية عام ١٩١٨م التى توفى على أثارها ٥٠ مليون شخص.^(٢)

فى فبراير ٢٠٠٩م بمدينة ميكسيكو سيتى، اكتشفت سلطات الصحة الوطنية الصحية زيادة غير طبيعية فى مرض يشبه الأنفلونزا بين الشباب الأصحاء ثم ارتفعت حالات الإصابة فى منتصف ابريل إلى ٤٧ حالة فى عدد ٢٣ مستشفى بالمدينة. كما أظهرت العينات المأخوذة من المرضى بأن سبب الإصابة فيروس الأنفلونزا من النمط الفرعى (H1N1). بعد ذلك استمر المرض فى الانتشار، وعلى أثر ذلك بدأت السلطات الوطنية الصحية بعمل العديد من إجراءات الاستجابة لمكافحة المرض.^(٣)

- 1) Rebecca Katz- Use Of International Health Regulations During Influenza A (H1N1) Epidemic 2009- Emerging Infectious Diseases- Vol. 15- No. 8- pg. 1165.
- 2) Lawrence O. Gostin – Influenza A(H1N1) And Pandemic Preparedness Under The Rule Of International Law- J.A.M.A- 2009-Vol. 301- No. 22- pg. 2376.
- 3) David M. Bell, Mauricio Hernandez And Carlos del Rio – Pandemic Influenza As 21st Century Urban Public Health Crisis – Emerging Infectious Diseases – 2009- Vol. 15- No. 12 – pg. 1963.

فى أعقاب الهجمات الإرهابية بالجمرة الخبيثة على مدينة نيويورك عام ٢٠٠١م، قامت السلطات الصحية بتطوير قدرات المراقبة والاستجابة الصحية لأى حدث مماثل يمكن يحدث بعد ذلك. وفى ربيع عام ٢٠٠٩م، رصدت السلطات الوطنية الصحية ارتفاع نسبة التغيب فى صفوف العمال والطلبة فى المدارس وبالتالي ارتفاع نسبة التردد على أقسام الطوارئ بالمستشفيات وتأكد وجود الوباء فى فترة وجيزة. بدأت بعد ذلك السلطات الوطنية الصحية فى تنفيذ الخطط السابق وضعها الخاصة بالاستجابة ومكافحة المرض. (١)

تطبيق اللوائح البولية الصحية ٢٠٠٥م.

فى ٢٥ أبريل عام ٢٠٠٩م، عقد المدير العام لمنظمة الصحة العالمية اجتماع مع لجنة الطوارئ، وبعد عدة مشاورات أعلن المدير العام بموجب اللوائح الجديدة بوجود حدث يشكل طارئة صحية عامة غير عادية تعد خطراً على الصحة العامة للدول الأخرى من خلال انتشارها بوليا وتحتاج إلى استجابة دولية منسقة. (٢)

بعد ذلك واصلت منظمة الصحة العالمية الحفاظ على مستوى دائم مع نقاط الاتصال الوطنية المعنية باللوائح الجديدة. كما نسقت منظمة الصحة للدول الأمريكية الاتصالات بين المكسيك والولايات المتحدة وكندا للوصول إلى فهم أفضل للحدث ولاتخاذ التدابير اللازمة وفقاً للمادتين ١٤، ٢١ باللوائح الجديدة. وواصلت نقاط الاتصال الوطنية الخاصة باللوائح الجديدة فى جميع أنحاء العالم الإبلاغ اليومي للمنظمة بحالات الإصابة المؤكدة

1) David M. Bell, Mauricio Hernandez And Carlos del Rio – Pandemic Influenza As 21st Century Urban Public Health Crisis – Emerging Infectious Diseases – op. cit.- pg. 1965.

(2) تصريح المدير العام لمنظمة الصحة العالمية بشبكة المعلومات الدولية (الإنترنت):
http://www.who.int/mediacentre/news/statements/2009/h1n1_20090425/en/index.html

والمشتبه بها. كما واصلت منظمة الصحة العالمية الاتصال بمراكز الاتصال الوطنية للإبلاغ بالتوصيات المتعلقة بالحدث وفقا للمادة ٤ باللوائح الجديدة.^(١) أرسلت منظمة الصحة العالمية فريق من خبراء المنظمة، كما ضم خبراء من شبكة المراكز الأمريكية لمكافحة الأمراض والوقاية منها، إلى الدول المتضررة. توجه فريق الخبراء إلى المكسيك وتابع إجراءات الاستجابة ومكافحة المرض ورتب الأدوية اللازمة لعلاج أكثر من نصف مليون حالة مصابة بدول الأمريكتين.^(٢) عقدت بعد ذلك، منظمة الصحة للدول الأمريكية في ٢٨ أبريل ٢٠٠٩م مؤتمر بواسطة دائرة تليفزيونية مغلقة مع مسئولين ووزراء صحة من ٢٦ دولة لتبادل المعلومات بشأن وباء الأنفلونزا (H1N1).^(٣)

وفي ٢٩ أبريل ٢٠٠٩م، رفعت منظمة الصحة العالمية مستوى الوباء للمرحلة الخامسة. ويذهب جانب من الفقه الغربي بأن نظام مراحل التأهب غير ذات فاعلية، نظرا لأن اللوائح الجديدة لا تمنح منظمة الصحة العالمية الاختصاص بفرض تدابير محددة لكل مرحلة تلتزم الدول الأطراف بتنفيذها بخلاف الأثر السلبي المتمثل في بث الخوف والذعر.^(٤) بينما يرى الباحث أن تنظيم مراحل الوباء يمكن أن يكون مفيد محليا إذا قامت الدول الأطراف بتنظيم الاستجابة والمكافحة وفقا للمراحل المختلفة بما يضمن النزاهة والشفافية في اتصالات الدول مع منظمة الصحة العالمية.

- 1) Rebecca Katz- Use Of International Health Regulations During Influenza A (H1N1) Epidemic 2009- Emerging Infectious Diseases- op. cit.- pg.1167.
- 2) Rebecca Katz- Use Of International Health Regulations During Influenza A (H1N1) Epidemic 2009- Emerging Infectious Diseases- op. cit.- pg.1168.
- 3) Public Health Emerging Of International Concern- Pan American Health Organization- Washington DC – 2010- pg. 20.
- 4) Lawrence O. Gostin – Influenza A(H1N1) And Pandemic Preparedness Under The Rule Of International Law- J.A.M.A- op. cit.- pg. 2376.

ونظرا لوجود الفيروس (H1N1) على نطاق واسع حيث أصبح احتواء انتشار المرض غير ممكن عمليا، أصدر المدير العام لمنظمة الصحة العالمية توصية نصت على " يجب على كل دولة أن تكثف جهودها لمراقبة مرض الأنفلونزا والأمراض المشابهة للأنفلونزا والالتهاب الرئوي الحاد، مع تقديم العلاج للمسافرين للدوليين المصابين ". ولم يوصى المدير العام بأية قيود على للتجارة والسفر الدولي.^(١) قامت منظمة الصحة العالمية أيضا بتنسيق التعهدات لتوفير اللقاحات من الدول الأعضاء والشركات المصنعة، لتوزيع مائتي مليون جرعة على ٩٥ دولة أقل نموا.^(٢)

المنازعات الناجمة عن تطبيق اللوائح .

ظهرت العديد من المنازعات عند تطبيق اللوائح الجديدة سواء عند الإعداد للآزمة أو أثناء الآزمة.

أولا: أزمة قرار اندونيسيا بحجب عينات فيروس الأنفلونزا (H5N1) .

في الخمسينيات أنشأت إدارة الأمراض المعدية بمنظمة الصحة العالمية، الشبكة العالمية لمكافحة مرض الأنفلونزا، تتعاون من خلالها الدول في متابعة مرض الأنفلونزا. ووفقا لمنظمة الصحة العالمية، من الثابت انتشار وباء أنفلونزا (H5N1) بإندونيسيا وبلغت حالات الإصابة البشرية ٨١ حالة توفي منها ٦٣ حالة (وكانت فينتام الثانية ٩٣ حالة مصابة). بذلك اكتسبت

1) توصية المدير العام لمنظمة الصحة العالمية بشبكة المعلومات الدولية في هذا الخصوص (الإنترنت):

- http://www.who.int/mediacentre/news/statements/2009/h1n1_20090427/en/index.html
- Lawrence O. Gostin – Influenza A(H1N1) And Pandemic Preparedness Under The Rule Of International Law- J.A.M.A-op. cit.- pp. 2376 ; 2377.

2) Rebecca Katz And Julie Fisher- The Revised International Health Regulations: A Framework For Global Pandemic Response- G.H.G.- Vol. 3- No. 2- pg. 5.

إندونيسيا أهمية خاصة في الجهود العلمية المبذولة لتتبع ومكافحة أنفلونزا (H5N1).^(١)

وفي مايو ٢٠٠٦م، أصدرت جمعية الصحة قرارا (٥٩ - ٢) - فسي جملة أمور - تحت فيه الدول الأعضاء التعاون مع الشبكة العالمية لمكافحة الأنفلونزا توقعاً بحدوث موجة جديدة من الوباء.^(٢) بعد ذلك أصدرت إندونيسيا قرارا بحجب عينات الفيروس أنفلونزا (H5N1) عن تقديمها لمنظمة الصحة العالمية لإعداد اللقاحات اللازمة. بررت إندونيسيا قرارها بحصول بعض الشركات على عينات من الفيروس السابق قيامها بتقديمه للمنظمة. وعلى أثر ذلك قامت تلك الشركات بإعداد اللقاح ثم قامت بتسويقه عالمياً. جادلت إندونيسيا وقررت أن هذا الحادث كشف عدم المساواة في الشبكة العالمية لمراقبة الأنفلونزا. كما تساءلت كيف تقوم الدول النامية بتزويد المنظمة بعينات الفيروس وتحصل عليها شركات الأدوية بالدول المتقدمة في حرية تامة لتعد اللقاحات وتسجل براءة اختراعها، ولا تتمكن الدول النامية من الحصول عليها لارتفاع ثمنها.^(٣)

اعتترضت الحكومة الأمريكية على قرار حكومة إندونيسيا، واتهم مندوبها بجمعية الصحة إندونيسيا بمخالفة الفقرة الثانية بالمادة السادسة باللوائح الجديدة والتي تنص على "تواصل الدولة الطرف بعد إرسال أي بلاغ موافاة المنظمة في الوقت المناسب بالمعلومات الدقيقة والمفصلة للصحة

1) David P. Fidler- Indonesia's Decision To Withhold Influenza Virus Samples From The World Health Organization: Implications For International Law- American Society Of International Law- Vol. 2- Issue 4- Available At:
- <http://www.asil.org/insights070227.cfm>

2) سجل قرارات جمعية الصحة العالمية - منظمة الصحة العالمية - ٢٠٠٦م - جينيف - الصفحات ٣ : ٦.

3) David P. Fidler- Influenza Virus Samples, International Law And Global Health Diplomacy - Emerging Infectious Diseases- 2008- Vol. 14- No. 1-pg. 88.

العامّة بها....." ولما كان مبدأ حسن النية من قواعد تفسير المعاهدات فتمتد كلمة معلومات لتشمل عينات الفيروس. ^(١) كما احتج بعض المسؤولين الرسميين بالحكومة الأمريكية على استخدام الحكومة الإندونيسية عبارة "السيادة الفيروسية للدولة على إقليمها"، وأنها عبارة غير مفهومة. ^(٢)

ردت الحكومة الإندونيسية على اعتراضات الحكومة الأمريكية، وأوضحت أن كلمة المعلومات الدقيقة حددت في بقية نص المادة المذكورة بما فيها تحديد الحالات والنتائج المختبرية ومصدر ونوع الخطر المحتمل وعدد حالات الإصابة والوفيات والظروف التي تؤثر في انتشار المرض. كما أوضحت معنى عبارة "السيادة الفيروسية للدولة على إقليمها" بأنها تركز على المادة ١٩ من اتفاقية التنوع الحيوي المبرمة في ٥ يونيو ١٩٩٢م التي توضح حق الدولة على مواردها البيولوجية وكيفية استغلالها بالاتفاق مع الغير. ^(٣)

وانتهت هذه الأزمة بالاتفاق بين منظمة الصحة العالمية و الحكومة الإندونيسية، بالتأكيد على حصول الدول النامية للقاح الأنفلونزا بأسعار معقولة وإلى لفت نظر الدول النامية باتباع هذا النهج بخصوص الأمراض الأخرى. ^(٤)

- 1) David P. Fidler- Indonesia's Decision To Withhold Influenza Virus Samples From The World Health Organization: Implications For International Law- American Society Of International Law- Vol. 2- Issue 4- Available At:
- <http://www.asil.org/insights070227.cfm>
- 2) Andrew Lakoff – Two Regimes Of Global Health – An International Journal Of Human Rights, Humanitarianism And Develoment – 2010 – Vol. 1- No. 1- pg. 60.
- 3) David P. Fidler- Indonesia's Decision To Withhold Influenza Virus Samples From The World Health Organization: Implications For International Law- American Society Of International Law- Vol. 2- Issue 4- Available At:
- <http://www.asil.org/insights070227.cfm>
- 4) الاتفاق متاح بموقع منظمة الصحة العالمية بشبكة المعلومات الدولية (الإنترنت) :
- <http://www.who.int/mediacentre/news/statements/2007/s02/ar/index.html>

ثانيا : مخالفات تطبيق اللوائح الجديدة بأزمة ٢٠٠٩م.

١. قيود السفر^(١)

بالرغم من عدم صدور أية توصيات من منظمة الصحة العالمية بفرض قيود على السفر أو فرض إجراءات بالحجر الصحي، إلا أن بعض الدول فرضت قيود على السفر الدولي. على سبيل المثال، أعلنت الولايات المتحدة الأمريكية حظر السفر إلى المكسيك إلا في حالات الضرورة.

الدول الآسيوية المتضررة من سارس في السابق، كانت أشد شراسة في فرض قيود على السفر. فرضت الصين وهونج كونج إجراءات حجر صحي للقادمين من المكسيك والولايات المتحدة الأمريكية وكندا. السلطات الصحية بهونج كونج قامت بعزل وعلاج رجل مصاب بإحدى الرحلات المكسيكية وحجزت ٣٠٠ مسافر وعامل بذات الرحلة بإحدى الفنادق لمدة أسبوع تحت حراسة الشرطة. السلطات الصحية بسنغافورة حجزت كل شخص سبق له زيارة المكسيك من ثلاثة شهور سابقة. كل ذلك، بخلاف دول أمريكا اللاتينية علقت الرحلات القادمة من المكسيك، كما علقت الصين رحلاتها الجوية للولايات المتحدة والمكسيك.

٢. التجارة الدولية^(٢)

عشرون دولة حظرت استيراد منتجات لحوم الخنزير من المكسيك والولايات المتحدة وكندا. فرض هذا الحظر بالرغم من البيان المشترك الصادر عن منظمة الصحة العالمية ومنظمة الأغذية والزراعة والمنظمة

1) Lawrence O. Gostin – Influenza A(H1N1)- And Pandemic Preparedness Under The Rule Of International Law- J.A.M.A- op. cit.- pg. 2377.

- Rebecca Katz - Use Of Revised International Health Regulations During Influenza A (H1N1) Pandemic 2009- Emerging Infectious Diseases.- 2009- Vol. 15- No. 8- pg. 1168.

2) Rebecca Katz And Julie Fischer- The Revised International Health Regulations A Framework For Global Pandemic Response- G.H.G.- op. cit.- pg. 6.

لعالمية لصحة الحيوان ومنظمة التجارة العالمية بأن منتجات لحم الخنزير ليست مصدرا لعدوى فيروس (H1N1).

٣. حقوق الإنسان^(١)

مارست بعض الدول معاملات تمييزية في مواجهة الأفراد المقيمين بالمناطق الموبوءة أو في المناطق التي يخشى ظهور الوباء فيها.

(أ) نعت حزب المحافظين بالولايات المتحدة الأمريكية أفراد الشعب المكسيكي بأسوأ الصفات (النجسين).

(ب) حثت حكومة الولايات المتحدة الأمريكية بتوقيع أقصى العقوبة على المهاجرين غير الشرعيين من المكسيك.

(ج) السلطات الصحية المصرية قامت بنبح ما يزيد عن ربع مليون خنزير.

رأى الباحث

وكان يفضل الباحث قيام السلطات الصحية بفرض اشتراطات صحية لمزارع الخنازير مماثلة لما هو معمول به في الدول الأخرى، وفي حالة مخالفتها يتم الذبح.

كما قامت منظمة الصحة العالمية بتسوية جميع هذه المخالفات بالتفاوض، وكنا نفضل أن تحتوى اللوائح الدولية الصحية ٢٠٠٥م على آلية جبرية لتسوية مثل هذه المنازعات والمخالفات.

1) Lawrence O. Gostin - Influenza A(H1N1) And Pandemic Preparedness Under The Rule Of International Law- J.A.M.A- op. cit.- pp. 2377 : 2378.

الفصل الثاني

قواعد القانون الدولي الصحي لمكافحة الأمراض المعدية^(١)

أن التوجيه والتنسيق للتنمية الصحية والاتجاهات الرئيسية للتعاون الدولي في مجال الصحة والذي تراه منظمة الصحة العالمية الغرض الأساسي لها، في عدد لا يحصى من المشاكل الصحية التي يعاني منها الجنس البشري. هذا التوجيه والتنسيق لا يزال المهمة الأساسية للمنظمة حتى الآن. تحقيق أعلى مستوى ممكن من الصحة لجميع البشر هي رؤية بعيدة عن التحقيق ؛ وبينما بنظرة عامة لملف الصحة العامة في المجتمع الدولي قد تغير من نواح عديدة منذ عام ١٩٤٨م وأحرز الكثير من التقدم، فالكثير من الأخطار التي تهدد الصحة قد ظلت ثابتا لمدة ٦٠ سنة، والبعض الآخر قد ظهر أو سوف يظهر جديد. علاوة على ذلك، فإن الفقر والتخلف الذي يعاني منه معظم البشر واتساع الفجوة بين البلدان الغنية والبلدان الفقيرة تعد عقبات هائلة لتحسين الوضع الصحي للبلايين من البشر.

البرامج التي تسمى "العمودية"، مثل القضاء على الجدري أو مكافحة الملاريا، يبدو أنها تتناقض مع إستراتيجية الصحة للجميع والتي تعد من الامتيازات الأفقية، والتي هي نهج متكامل لتعزيز الصحة، على أساس الرعاية الصحية الأولية.

مشكلة النهج القطاعي، المرض بالمرض، الذي هو إنشاء وتمويل فرق متخصصة في البلدان المعنية، وذلك من شأنه إهمال النهج الوقائي واستيعاب معظم الأموال المتاحة على حساب الخدمات الصحية الأساسية. ولذلك فإنه من الضروري دمج الحملات ضد هذا المرض أو ذاك ضمن إطار البرنامج الشامل لوزارات الصحة والخدمات الصحية الأساسية، وذلك لتفادي تشتت الجهود والموارد.

(1) Gian Luca and Claude-Henri Vignes-World Health Organization-Kluwer Law International- First edition- 2004.

ففي مجال الأمراض المعدية، منظمة الصحة العالمية كثفت على الصعيدين الدولي والعالمي جهود لمكافحة الأمراض، ولا سيما عن طريق تشجيع الشراكات بين مجموعة متنوعة من أصحاب المصالح. منظمة الصحة العالمية، شاركت في تقديم شراكات لدحر الملاريا ووقف انتشار السل، وكذلك لمكافحة داء المتقيبات الأفريقي. وفي عام ٢٠٠٠م، الائتلاف العالمي للقضاء على داء الخيطيات اللفاوية. وفيما يلي بعض الأمثلة على برامج للقضاء أو مكافحة بعض الأمراض المعدية مع تقييم تلك التجربة. وسوف نقسم هذا الفصل إلى المباحث الآتية:

المبحث الأول: برنامج مكافحة الملاريا.

المبحث الثاني: الحملة المنتصرة ضد الجدرى.

المبحث الثالث: برنامج السيطرة على داء المذنبات الملتهبة في غرب أفريقيا.

المبحث الرابع: مرض السل.

المبحث الخامس: الحملة العالمية لمكافحة الإيدز.

المبحث الأول برنامج مكافحة الملاريا

قدم الدكتور (Emilio Pampana) والذي كان أشهر عالم في الملاريا، مفهوم للقضاء على الملاريا لأول مرة عام ١٩٤٨م، في المؤتمر الدولي الرابع لطب المناطق المدارية والملاريا في واشنطن. بالفعل في عام ١٩٤٨م، اللجنة المؤقتة لمنظمة الصحة العالمية، قد شكلت لجنة خبراء للملاريا. على الرغم من التجارب التي تسيطر عليها في استخدام اثنين من العقاقير الجديدة antimalaria المقترحة، وأوصت اللجنة باستخدام مادة ال دي دي تي لمكافحة كبار البعوض باعتباره الأداة الرئيسية لمكافحة الملاريا.

نشأة وتطور البرنامج

في مايو ١٩٥٥م، قررت جمعية الصحة قيام منظمة الصحة العالمية بتنفيذ برنامج هدفه النهائي القضاء على الملاريا في جميع أنحاء العالم وإنشاء حساب خاص لهذا البرنامج. (قرار جمعية الصحة العالمية رقم ٨، ٣٠) طلب من الحكومات تكثيف الخطط القومية لمكافحة الملاريا على نطاق واسع حتى أن القضاء على الملاريا يمكن أن يتحقق وعادة بحملات الرش بالمبيدات الحشرية في أمان، قبل أن ينتهي الخطر المحتمل لتنمية المقاومة من المبيدات الحشرية لمكافحة الأنواع الناقلة.

ولوحظ إحراز تقدم كبير في عام ١٩٥٦م في بعض الدول من أجل القضاء على هذا المرض. في عام ١٩٦٠م، خمسة وستين دولة وإقليما كان لديهم برامج للقضاء، وثلاثة وثلاثون آخرون خططوا بواقعية للبدء في مثل هذه البرامج. في عام ١٩٦٤م، شملت الحملة أكثر من ثلثي سكان العالم الذين سبق وأن تعرضوا لهذا المرض. في عام ١٩٦٦م، لاحظت الجمعية أن عدد سكان المناطق سليم وثابت و تحررت من خطر الملاريا المتوطنة ووصلوا لنحو ٨١٣ ملايين أو ٥٢ ٪ من سكان مناطق الملاريا أصلا من مناطق العالم.

ومع ذلك، ظهرت مشاكل ذات طابع تقني وتشغيلي وسرعان ما أعترف بها وهي : عدم كفاية الخدمات الصحية الوطنية، ولا سيما الأنماط الوبائية، ومقاومة المبيدات الحشرية أو حدوث تغيرات في سلوك النواقل، وكذلك الطفيليات المقاومة للعقاقير.

في منتصف الستينات بدا واضحا أن القضاء على الملاريا كان قد توقف عن العمل. في عام ١٩٦٧م، أعربت جمعية الصحة عن بالغ القلق وقررت أنه من الضروري في الوقت المناسب إعادة النظر في الإستراتيجية العالمية لاستئصال الملاريا. في عام ١٩٦٩م، تقرير المدير العام إلى جمعية الصحة كان بتكرار العملية والتقنية والتخطيط والمشاكل المتعلقة بالميزانية وخلص إلى أن :

"الأساليب الحالية للقضاء على... ما زالت شاقة ومكلفة في كثير من الأحيان بالنظر إلى محدودية الموارد المتاحة للبلدان النامية. ما لم يكن هذا هو زيادة تبسيط المنهجية، للقضاء على الملاريا على الصعيد العالمي والفكر من الممكن من الناحية النظرية، وسنواصل المنال للسنوات العديدة الآتية".

جمعية الصحة في يولييه ١٩٦٩م أعترفت بالإخفاقات التي سجلت خلال تنفيذ هذه الحملة. جمعية الصحة نقحت إستراتيجية البرنامج، وشددت على ضرورة إشراك الخدمات الصحية الوطنية في برنامج رأسي أساسي حتى الآن. ورغم أن القضاء على الملاريا لا تزال الهدف النهائي، أوصت منظمة الصحة العالمية، في الدول التي يكون فيها القضاء لا يبدو ذلك ممكنا، بأن مكافحة الملاريا قد تتوفر في المرحلة الانتقالية:

في الواقع، برنامج مكافحة الملاريا قد حل محل القضاء على الملاريا، الذي كان فشل فشلا صارخا.

الأساس التقني للبرنامج

قررت جمعية الصحة عام ١٩٥٩م "إنهاء انتقال الملاريا والقضاء على الخزان من الحالات المعدية في حملة محدودة من حيث الزمن وتنفيذه بدرجة

عالية من الكفاءة تؤدي في نهايتها إلى عدم عودة انتقال العدوى (قرار جمعية الصحة العالمية رقم ١٢،٤٩) .

المفهوم الأساسي للقضاء على الملاريا ليس لإبادة مكافحة الناقلات فقط وإنما لقتل البعوض الداخل للمساكن، حتى لا يصبح الأشخاص الذي بداخله عرضة للعض المعدي من شخص المصاب، من خلال رش المبيدات الحشرية على جميع الأماكن التي توفر أسطح استراحة للبعوض. إذا كان هذا الأجراء هو استمرار منهجي لمدة ثلاث أو أربع سنوات من انتقال المرض الذي يتوقف، إذ أن معظم الطفيليات سوف تموت في الأفراد المصابين في غضون ثلاث سنوات وتبقى عدد قليل نسبيا من حالات الإصابات ويمكن الاطلاع باكتشاف الحالات والقضاء عليها من جانب العلاج الكيميائي.

والهدف من ذلك هو القضاء على الملاريا بكسر حلقة الانتقال لمدة ثلاث سنوات، حتى بعد ذلك التدابير ضد الناموس تكون توقفت، وتركت في وجود البعوض الناقل للملاريا ولكن من دون إمكان الإصابة به.

ومن ناحية أخرى، فإن الهدف من مكافحة الملاريا هو أكثر محدودية : وأنه يعني الحد من هذا المرض حتى أنه لم يعد مشكلة صحية عامة رئيسية. يجب الحفاظ على المراقبة المستمرة من جانب العمل النشط، حتى أن هذا البرنامج لا ينتهي.

كل أساليب مكافحة الملاريا والقضاء عليها غير مباشرة : وهي تنطبق على البيئة وذلك عن طريق رش الأسطح وذلك يتطلب قدرا كبيرا من الوسائل من حيث النقل والإمداد والمعدات والأفراد، والموارد الهامة للتمويل.

تنفيذ البرنامج

بدأ برنامج منظمة الصحة العالمية لاستئصال الملاريا " بحماس هائل"، وذلك بفضل دينامية فريق برئاسة الدكتور Pampana من مقر منظمة الصحة العالمية، وأيضا مستشارين وأخصائيين الملاريا العاملين في المكاتب الإقليمية.

بين الدول وبين الأفرقة الإقليمية استخدمت الدراسات الوبائية مع بعض المشاكل التقنية لتقييم وضع البرنامج للقضاء في مختلف الدول. بناء على طلب الحكومات، فرق المنظمة المقدمة من المستشارين وفقا لاحتياجات المشاريع الطبية ومكاتب الصحة تم التدريب في علوم الملاريا، والصحة العامة، وعلم الحشرات، وعلم الطفيليات. وتم تنظيم برامج تدريبية للمراقبة الدولية والوطنية للأفراد. عدد من موظفي منظمة الصحة العالمية أرتفع من ٨٤ في عام ١٩٥٥م إلى ٥٧٧ في عام ١٩٦٠م.

وسرعان ما أصبح برنامج منظمة الصحة العالمية الأهم نشاطا. النفقات من الأموال التي تديرها منظمة الصحة العالمية أرتفع من ٢،٤ مليون دولار في ١٩٥٥م إلى ٧،١٣ مليون دولار في عام ١٩٥٨م. بين عامي ١٩٥٩م و ١٩٦٦م، التزامات استئصال الملاريا مثلت ١٠،٨ ٪ من الميزانية العادية لمنظمة الصحة العالمية وقدرت بعد ذلك بـ ٢٧،٢ في المائة من جميع الأموال الموضوعة تحت تصرف المنظمة. وأنفق ما يقدر بـ ١،٤ مليار دولار على القضاء على الملاريا بين ١٩٥٧م و ١٩٦٧م، ومن بليون دولار إلى ١،٢ بليون دولار على مدى ثماني سنوات خلفا بعد ذلك.

العقبات:

في مقال نشر في عام ١٩٨٨م، الدكتور Bruce-Chwatt أشار لعدد من العقبات التي أخيرا تسببت في فشل برنامج القضاء : التعقيد الإداري، من الصعوبات الأساسية في عملية المراقبة، وتأثير المقاومة المتنامية للناقلات المتبقية من المبيدات الحشرية، والبحث عن مأوى في الهواء الطلق من بعض عادات البعوض الناقل للملاريا، وعدم إمكانية وصول فرق الرش إلى منازل الجماعات البعيدة، والصعوبات وزيادة تكاليف النقل، والهيكل للمساكن البدائية. قيود أخرى ترجع إلى المشاكل السياسية والإدارية والمالية التي تؤثر على الأوضاع الصحية في الدول الاستوائية، حيث الخدمات الصحية الأساسية التي تكون غالبا غير كافية بخلاف النقص في اليد العاملة المدربة.

وخلال المؤتمر الوزاري المعني بالمalaria الذي عقد في أمستردام في ٢٦-٢٧ أكتوبر ١٩٩٢م، حدد المشاركون أيضا عددا من العقبات التي تعترض مكافحة malaria التي كانت مشتركة بالنسبة للكثير من الدول التي تتوطن فيها malaria، ومن بينها:

- النمو السكاني وانخفاض مستويات التعليم ؛
 - عدم كفاية التنمية من الخدمات الصحية (الرعاية الصحية الأولية، والخدمات على مستوى المقاطعات، والنظم الصحية المحلية)؛
 - عدم كفاية المشاركة المجتمعية لحماية وتعزيز الصحة؛
 - عدم المعرفة الكافية، على مستوى المجتمعات المحلية، عن الأدوية الأساسية المضادة للمalaria وعدم كفاية توزيعها إلى هذا المستوى ؛
 - عدم وجود الموارد الإدارية؛
 - الافتقار إلى الموارد المالية لقطاع الصحة، التي تفاقمت من جراء الأزمة الاقتصادية الخطيرة الحالية،
- وأخيرا، عدم وجود الإرادة الوطنية لمواجهة malaria باستخدام الأدوات المتاحة بالفعل، النابعة إلى حد كبير من الشك وخيبة الأمل الناجمة عن نكسات الماضي.

التطورات الأخيرة

لا تزال مكافحة malaria في العالم هي أهم مكافحة للأمراض الطفيلية المدارية، وتقتل المزيد من الناس عن أي فئة أخرى من الأمراض المعدية إلا السل. malaria مشكلة صحية عامة في أكثر من ٩٠ بلدا، يقطنها نحو ٢٤٠٠ مليون نسمة، ٤٠ ٪ من سكان العالم. كل سنة هناك ٣٠٠ إلى ٥٠٠ مليون حالة من حالات malaria السريرية، ٩٠ ٪ منهم في أفريقيا، وبين ١،٥ و ٢،٧ مليون حالة وفاة، خصوصا في صفوف صغار الأطفال. منظمة الصحة العالمية اعترفت بأن الحملات واسعة النطاق لا يمكن أن تشمل كل malaria وتتقرر بأكثر محدودية، ونهجها انتقائي. في عام ١٩٩٢م، المؤتمر الوزاري

المعني بالمalaria أيد الإستراتيجية العالمية الجديدة لمكافحة malaria بمنظمة الصحة العالمية، التي تهدف الى منع وخفض معدلات الأعتلال والوفيات فضلا عن الخسائر الاجتماعية والاقتصادية الناجمة عن malaria. وكان هناك أربعة عناصر أساسية للإستراتيجية هي :

١. توفير التشخيص المبكر والعلاج الفوري لهذا المرض ؛
٢. التخطيط والتنفيذ الانتقائي واتخاذ التدابير الوقائية المستدامة، بما فيها مكافحة نواقل المرض ؛
٣. الاكتشاف المبكر لمنع أو احتواء الأوبئة ؛
٤. تعزيز قدرات البحث المحلية لتعزيز إعادة تقييم منتظم لحالات malaria في الدول، ولا سيما في الأنظمة الأيكولوجية والاجتماعية والمحددات الاقتصادية للمرض.

برنامج مكافحة malaria، في كل بلد على حدة، نهجا أكثر واقعية، وحل محل برنامج القضاء ومن السابق لأوانه الطموح في القضاء على malaria في العالم.

وقد أحرز تقدم في مجال البحث وتطوير أدوات جديدة لاستخدامها في أنشطة مكافحة malaria. ومن بينها، تجرى حاليا بحوث لتقييم وتعزيز فعالية الناموسيات المشبعة بمبيدات الحشرات أو الستائر في الأعدادات التنفيذية. ومن الإيثار تم إرسال لقاح pfs25 (لأنه مصمم لمنع انتشار malaria) الذي يمر بالتجارب السريرية. وكبدل لالكلوروكين، Pyronaridine، في إطار التنمية الدولية من قبل منظمة الصحة العالمية وبرنامج بحوث أمراض المناطق المدارية.

وأخيرا، الدكتور Manuel Patarroyo من كولومبيا وضع لقاح P.falciparum الاصطناعي الذي جري اختباره على نطاق واسع في أمريكا الجنوبية وأفريقيا وجنوب شرق آسيا.

المبحث الثاني الحملة المنتصرة ضد الجدري

في عام ١٩٦٦م، أطلقت جمعية الصحة في جميع أنحاء العالم برنامج للقضاء على الجدري (قرار جمعية الصحة العالمية رقم ١٩,١٦). وفي ٨ أيار/ مايو ١٩٨٠م، أيدت جمعية الصحة النتائج التي خلصت إليها اللجنة العالمية لإصدار شهادات القضاء على الجدري، التي تنص على :

- ١- استئصال الجدري الذي تحقق في جميع أنحاء العالم ؛
- ٢- ولا يوجد دليل على أن الجدري سوف يعود بوصفه من الأمراض المتوطنة.

الجدري كان معروفا على مدى التاريخ، في جميع المناطق والأجواء والشعوب. بداية النهاية كانت في القرن العشرين، والجدري كان في القارات الخمس ولم يستثنى أي دولة. وخلال النصف الأول من هذا القرن، تم القضاء عليه في معظم دول أوروبا وأمريكا الشمالية والوسطى وأستراليا، ولكن لا يزال متفشيا في الجزء الأكبر من أفريقيا وآسيا وأمريكا الجنوبية. ومع ذلك، في البلدان المتقدمة النمو، السلطات الصحية واصلت السعي إلى الحماية من عودة المرض عن طريق تدابير الحجر الصحي والفحص والتطعيم. المملكة المتحدة، على سبيل المثال، أنفقت مبلغ ٣,٨ مليون دولار لمواجهة خطر الإصابة المستورد في ١٩٦٢م-١٩٦٣م. وتشير تقديرات الولايات المتحدة الأمريكية إلى أن تكاليف الحماية ضد الجدري بلغت، في عام ١٩٦٨م، إلى أكثر من ١٥٠ مليون دولار.

لذلك كان الكفاح ضد الجدري محل الاهتمام الرئيسي للضحايا، من الدول النامية والدول المتقدمة، المجلس الاقتصادي والاجتماعي ولأسباب إنسانية : نظر إلى التأييد بالإجماع من قبل الدول أعضاء منظمة الصحة العالمية لبرنامج جديد مستمد من هذا القلق العالمي. في عام ١٧٩٦م، Edward Jenner، وهو شاب طبيب انجليزي، اكتشف التطعيم ضد

الجدري. في ١٨٠١م، وتتبا بأن "القضاء على الجدري -- الآفة الأكثر ترويعا للجنس البشري - يجب أن تكون النتيجة النهائية لهذه الممارسة.

نشأة البرنامج

في حزيران / يونيه ١٩٥٨م، وبناء على مبادرة من إتحاد الجمهوريات الاشتراكية السوفياتية، جمعية الصحة نظرت في إمكانية، في المستقبل القريب، القضاء على الجدري في جميع أنحاء العالم، على أساس ثلاثة اعتبارات :

أولاً: على أسس الصحة العامة : الجدري على نطاق واسع ظل من الأمراض المعدية الخطيرة التي تهدد حياة وصحة السكان في العديد من مناطق العالم،

ثانياً: مبرر اقتصادي : النفقات المشتركة لمراقبة التطعيم ضد الجدري تفوق تلك المطلوبة لاستئصال الجدري،

ثالثاً: الاعتبار التقنية : التقدم الذي أحرزته العلوم الطبية والخدمات الصحية في مكافحة الأمراض المعدية.

في يناير ١٩٥٩م، المجلس التنفيذي جاء بثمة عنصر هام أخز ذات طابع تقني وتشغيلي : فقد ثبت أن القضاء على الجدري في المناطق الموبوءة يمكن تحقيقه عن طريق التطعيم الناجح لـ ٨٠% من عدد السكان في غضون فترة تتراوح بين أربعة إلى خمس سنوات.

في عام ١٩٦٥م، أعلنت جمعية الصحة إلى أن القضاء على الجدري في جميع أنحاء العالم أحد الأهداف الرئيسية للمنظمة، وفي السنة التالية، قررت جمعية الصحة مشاركة المنظمة في البرنامج، وعلى أن يتم تمويله من جانب ميزانيتها العادية.

القضاء بالأساس التقني

هناك عدد من خصائص الجدري قد يسرت القضاء عليه :

١- الاعتراف بحالات الجدري هو مسألة بسيطة نسبياً ؛

٢- الجدري ينتقل فقط من شخص إلى آخر. ولا يوجد حيوان معروف يختزن المرض به.

٣- انتقال الإصابة منخفض والمرض يتطور ببطء.

٤- ربما يكون الأفراد عرضة للإصابة ويمكن بسهولة تحديدها.

٥- عدد سلاسل الانتقال في أي وقت من الأوقات هي عادة صغيرة نسبيا.

٦- مع تطوير نظام للمراقبة تكتشف جميع آثار التفشي بسرعة ولكنه سريع وشامل في احتوائه ولا يمكن كسر إرسال سلاسل ولا يمكن القضاء على الجدري في غضون وقت قصير نسبيا. وأخيرا، اعتبارا من عام ١٩٦٩م، حيث حدث تحسنا كبيرا في تقنيات التلقيح.

تنفيذ البرنامج

البرنامج الذي كان موجه من مقر منظمة الصحة العالمية في جنيف، في الفترة من ١٩٦٦م إلى ١٩٧٧م، حيث قدمه الدكتور دونالد ا. هندرسون، والمعار من مركز مكافحة الأمراض وخدمات الصحة العامة في أتلانتا بالولايات المتحدة. قيادة الدكتور هندرسون كانت تحديدا المصدر الدينامي والدوافع التي مكنت موظفين البرنامج من التغلب على العقبات وتحقيق النجاح النهائي.

عدد الموظفين الدوليين بلغ ٦٨٧ شخصا من ٧٣ دولة. معظمهم بعقود مؤقتة لمدة بضعة أشهر. جماعات المتطوعين من الولايات المتحدة والنمسا واليابان ومنظمة أوكسفام -، فضلا عن الأعضاء البالغ عددهم بـ ١٥٠.٠٠٠ من الخدمات الصحية الوطنية عملوا في هذا البرنامج. ومن المقدر أنه على الصعيد العالمي، مبلغ ٣١٣ مليون دولار أنفقت من أجل القضاء على الجدري في العالم، بما فيها المساهمات الدولية والوطنية. ووفقا للتقدير المتحفظ، فإن التكاليف المطلوبة في جميع الدول لبرامج التطعيم المنهجي، وخدمات الحجر الصحي، ومراقبة المسافرين الدوليين والعناية الطبية ما يقرب من مليار دولار في السنة. ولهذه الاعتبارات الاقتصادية، كان ينبغي

أن يضاف إليها أنها تساوى اختفاء أحد الأمراض التي تتسبب في سقوط قتلى، والعمى والتشويه، والمعاناة الإنسانية.

في كانون الأول / ديسمبر ١٩٧٩م، اللجنة العالمية لإصدار الشهادات للقضاء على الجدري خلصت إلى أن القضاء على الجدري عالمياً قد تحقق. أما الحالة الأخيرة من الجدري وقعت في الصومال في ٢٦ أكتوبر ١٩٧٧م. في مايو ١٩٨٠م، أعلنت جمعية الصحة رسمياً "أن العالم وشعوبه قد فازوا بالتحري من الجدري"، إنجازاً لم يسبق له مثيل. ونجاح هذا البرنامج هو أول مثال للقضاء على مرض من صنع الإنسان، وذلك بفضل الجهود الجماعية التي تبذلها منظمة الصحة العالمية، والدول الأعضاء فيها وعدد من المنظمات الحكومية وغير الحكومية، والأفراد المتطوعين.

المدير العام السابق الدكتور مالر، أعلن إن القضاء على الجدري قد بين أنه "انتصاراً مدوياً لا يمكن أن يتحقق إلا عن طريق التعاون الدولي وعندما تكون الأهداف المركزة جيداً، وهناك خطط واقعية مشيدة وتوافر الموارد اللازمة في الوقت المناسب". الخبرة المكتسبة ينبغي أن تستخدم "للهجوم على نحو أكثر فعالية على المشكلات الصحية الأخرى مع نفس الحماس والتفائل، وبمجرد العمل الشاق الذي أتمم بالنجاح للحملة المنتصرة ضد الجدري".

المبحث الثالث برنامج السيطرة على داء المذنبات المتحفية في غرب أفريقيا

داء كلابية الذنب، أو العمى النهري، هو الثاني في العالم من الأمراض المعدية المسببة للعمى. ومن هذا في ٣٤ دولة أفريقية وشبه الجزيرة العربية والأمريكتين. وقد بدأ برنامج منظمة الصحة العالمية لمكافحة كلابية الذنب في عام ١٩٧٤م بمقتضى قرار جمعية الصحة رقم ٢٧، ٥٢ في سبعة دول أفريقية، وامتدت في عام ١٩٨٦م إلى ١١ دولة. مجموع منطقة العمليات شمل ١،٢٣ مليون كيلومتر مربع ويبلغ عدد سكانها مجتمعة حوالي ٣٠ مليون نسمة.

وفي وقت إطلاق البرنامج، أكثر من ١ مليون شخص في غرب أفريقيا كانوا يعانون من المرض، من بينهم ١٠٠٠٠٠ حدثت لهم مشاكل خطيرة بما فيها من ٣٥٠٠٠ من العميان. وبحلول نهاية عام ١٩٩٥م، فإن عدد الأشخاص المصابين داخل منطقة العمليات الأصلية كان لا شيء عمليا. نحو ١،٥ مليون شخص من المصابين تم مرة واحدة لم يعد لديهم أي أثر لهذا المرض. حوالي ١٠ مليون طفل يولدون في منطقة العمليات منذ بدء البرنامج الآن خالية من أي عرضة للمرض. وبحلول عام ٢٠٠٠م، ومن المقرر أن يكون البرنامج قد منع ما يقرب من ٣٠٠٠٠٠ من حالات العمى في ١١ من البلدان المعنية. علاوة على ذلك، فإن النجاح في تنفيذ أنشطة مكافحة النواقل، قد فتحت ما يقدر ب ٢٥ مليون هكتار من الأراضي الخصبة النهرية لإعادة التوطين وزراعة الأراضي المقفرة في السابق خوفا من العمى النهري. هذه الأرض لديها القدرة على تغذية إضافية لـ ١٧ مليون شخص سنويا من خلال استخدام التكنولوجيات والممارسات الزراعية. هذا البرنامج من المقرر أن ينتهي بحلول عام ٢٠٠٢م. وتقدر التكلفة بأنها ستكون ٥٥٠ مليون دولار، أي أقل من ١ دولار عن كل سنة لكل شخص مشمول بالحماية.

هذا البرنامج برعاية مشتركة من منظمة الصحة العالمية، والبنك الدولي، برنامج الأمم المتحدة الإنمائي ومنظمة الأغذية والزراعة. ويدعمه ائتلاف مكون من ٢٢ دولة والوكالات المانحة. منظمة الصحة العالمية كانت بمثابة المدير التنفيذي، في حين أن البنك الدولي هو المسئول عن تعبئة الموارد وإدارة الصندوق الإنمائي للبرنامج. في عام ١٩٩٤م، ما يقرب من ٢٠٠ موظف من منظمة الصحة العالمية يعملون للبرنامج، في حين أن ٦٠٠ كانوا يعملون على الأكثر على الصعيد الوطني : البلدان الأفريقية قد قدمت ٩٨ ٪ من هؤلاء الموظفين. وسيتم تخفيض أعدادهم تدريجيا حتى نهاية البرنامج.

داء كلابيه الذئب هو الذي تسببه دودة طفيلية تعيش لفترة تصل إلى ١٤ سنة في جسم الإنسان. كل الديدان الإناث البالغات تنتج الملايين من اليرقات المجهرية التي تهاجر في أنحاء مختلفة من الجسم وتؤدي إلى مجموعة متنوعة من الأعراض : مثل ضعف البصر الخطير، بما فيه العمى ؛ الطفح الجلدي، والوهن العام. اليرقات التي تنتج في شخص واحد هي التي تقوم في جانب آخر الحشرة الطائرة التي تضع البيض الذي يتدفق في الأنهار السريعة.

الطريقة الرئيسية للبرنامج في السيطرة على داء كلابيه الذئب هو كسر حلقة انتقال المرض من خلال القضاء على الحشرة الطائرة الناقلة، مرة واحدة لدورة العمى النهري التي قد تتوقف لمدة ١٤ سنة للخران من الديدان حيث يموت الكبار من السكان، وبالتالي القضاء على مصدر المرض. إدخال عقار Ivermectin في البرنامج أدى إلى الدفاع عن الإستراتيجية العالمية الجديدة من أجل السيطرة على المرض على أساس سنوى واحد من جرعة Ivermectin إلى السكان المتضررين. العقاقير كانت تقدمها شركة ميرك وشركائها مجانا.

في عام ١٩٩٤م، وافق البنك الدولي على تمويل مبادرة جديدة، برنامج أفريقيا لمكافحة كلابية الذنب، ومن المقرر ان ينفذ في ١٦ دولة حيث بقي بها داء المنذبات الملتهبة.

برنامج مكافحة كلابية الذنب لم يكن هو برنامج إقليمي، وليس في برنامج عالمي مثل الملاريا وبرامج القضاء على الجدري. منهجته مماثلة لتلك مكافحة الملاريا، بقدر ما هو موجه للهجوم على ناقلات الأمراض، من تطبيق المبيدات الحشرية المختارة من خلال الرش الجوي للتربة الواقعة التي تتدفق من الأنهار السريعة. ومع ذلك، فقد استغانت، اعتباراً من عام ١٩٨٧م، من فعالية مكافحة بعقار، Ivermectin، الذي يكمل أنشطة الرش لتحقيق تحسن السريرية للأشخاص المصابين وانخفاض انتقال العدوى.

النتائج الباهرة التي تحققت حتى الآن من هذا البرنامج تعود إلى معرفة الظروف في بداية عملياتها، والظروف المماثلة لتلك التي تنطبق على البرنامج العالمي لاستئصال الجدري : داء المنذبات الملتهبة برنامج من شأنه معالجة الأولويات الصحية والاجتماعية والاقتصادية فالمشكلة ينظر إليها على هذا النحو من جانب الحكومات المعنية والسكان ؛ فهم عدوى المرض وكانت كافية لتبرير الأنشطة المخططة ؛ تحقيق الهدف، وتحديد الإستراتيجية الشاملة، الاتفاق في الإطار الزمني للسماح للعمليات يستمر حتى يمكن أن يكون ميل الهدف على موارد كافية وكان من المتوقع أن تكون متاحة.

بالاستعراض الخارجي الذي أجري في عام ١٩٩٠م أكد هذه الخصائص "العوامل التي أتاحت للبرنامج لتحقيق ما تحقق حتى الآن... للقضاء القريب على مخاطر الصحة العامة والمناطق التي يتعذر الوصول إليها في كثير من الأحيان ". بالإضافة إلى ذلك، فإن فريق الاستعراض المدرج ضمن البرنامج سعي بضمير لأفضل التقنيات المتاحة والتي أعطيت لبحوث العمليات، كما أسهمت في نجاحه.

المبحث الرابع مرض السل

ملياري شخص في جميع أنحاء العالم يحملون عصيات السل، والجرثومة التي يمكن أن تؤدي إلى نشاط السل. سنويا، أي حوالي ٨،٨ مليون شخص مصابين بالسل الفعال و١،٧ مليون يموتون من المرض ؛ ٩٩ في المائة من جميع الذين يعانون من السل يعيشون في البلدان النامية. ومعظم هؤلاء الفقراء الذين تقراوح أعمارهم بين خمسة عشر و ٥٤ سنة في السن الأكثر إنتاجا من الناحية الاقتصادية من سنوات من حياتهم. ولكن، منذ عام ١٩٤٤م، عندما تم اكتشاف أول دواء مضاد للسل، ويمكن الشفاء منه كما يمكن تفادي الوفاة من السل. وعليه فإن أهم عقبات منظمة الصحة العالمية. وشركاؤها اليوم في مواجهة معركتها للسيطرة على مرض السل ليست تقنية، ولكن أساسا مالية وسياسية.

منظمة الصحة العالمية ومكافحة السل

في السبعينات في تنزانيا، كان الدكتور Karel Styblo من الاتحاد الدولي لمكافحة السل وأمراض الرئة أول من وضع نموذج لمكافحة السل على أساس نهج إداري. وأقترح أن تستخدم القائمة الأساسية لوحدة الإدارة التي تملك الموظفين والموارد المادية اللازمة لتشخيص المرض والبدء في العلاج، وسجل التقرير تقدم العلاج في مجال السكان من ١٠٠٠٠٠ إلى ١٥٠٠٠٠ شخص. وفي السنوات التالية، معدلات الشفاء في مشاريع في تنزانيا كانت رائدة بزيادة من ٤٣ في المائة إلى حوالي ٨٠ في المائة.

وبعد ظهور مرض السل في أواخر الثمانينات، اعتمدت جمعية الصحة العالمية في عام ١٩٩١م أهداف جديدة لمكافحة السل عالميا، والتي لعلاج ٨٥ في المائة من حالات الاكتشاف الايجابي الملطخة بحالات السل وللكشف عن ٧٠ في المائة من الحالات الموجودة بها عام ٢٠٠٠م. برنامج منظمة

الصحة العالمية لأدوية مكافحة السل أعاد تقييم إستراتيجية لوضع إطارا جديدا لمكافحة السل، على أساس أسلوب الدكتور styblo. هذه الإستراتيجية كانت للمعالجة القصيرة الأجل. وفي عام ١٩٩٣م، بعد وقت قصير من إعلان منظمة الصحة العالمية لأدوية طوارئ صحية العمومية، رحبت جمعية الصحة العالمية بها "تطور حديث وفعال من حيث تكلفة إستراتيجية إدارة برنامج مكافحة السل"، وحثت الدول الأعضاء على تطبيقها.

أحرزت منظمة الصحة العالمية تقدم كبير في مكافحة مرض السل العالمي منذ عرض إستراتيجية المعالجة القصيرة الأمد. وبحلول عام ٢٠٠٠م، كان ١٤٨ دولة اعتمدت إستراتيجية منظمة الصحة العالمية للمعالجة القصيرة الأمد لمكافحة السل و ٢٧ في المائة من حالات السل في العالم كانت تعالج في إطار إستراتيجية المعالجة القصيرة الأمد. بعض الدول حصلت على نتائج ناجحة جدا. وفي عام ١٩٩٣م، اعتمدت حكومة بنغلاديش إستراتيجية منظمة الصحة العالمية للمعالجة القصيرة الأمد. أنشئ البرنامج الوطني المنقح لمكافحة السل، وبحلول عام ١٩٩٥م ما يصل إلى ٨٠ في المائة من مرضى السل تلقوا العلاج في جميع أنحاء الدولة باستخدام إستراتيجية المعالجة القصيرة الأمد. أكثر من ٧٥ في المائة من الدولة يستخدم الآن إستراتيجية المعالجة القصيرة الأمد. وفي عام ١٩٩٧م، وصفت بنغلاديش في برنامج مكافحة السل بوصفها نموذجا للعالم بأسره.

تم تنفيذ المشروع لعشر سنوات في الصين وأظهر أيضا أنه من الممكن توسيع نطاق إستراتيجية المعالجة القصيرة الأمد بسرعة على نطاق واسع. فيما يقرب من نصف الدول التي توجد فيها إصابات استخدمت الإستراتيجية، وكان النجاح مذهل. وقدمت أدوية للمرضى مجاناً، والعلاج ارتفعت معدلاته إلى ٩٠ في المائة من بين الأفضل في العالم. ومع ذلك، في النصف الآخر، وهو عوامل إعاقة العلاج : عدم الإشراف على المرضى للتأكد من الانتهاء من العلاج والأكثر فقرا من دفع رسوم العلاج. في عام

١٩٩٧م، وصفت منظمة الصحة العالمية برنامج مكافحة السل في بنغلاديش بوصفه نموذجاً للعالم بأسره.

ومع ذلك، كليا، فقد كان التقدم بطيئاً في كثير من الدول النامية التي لم تتمكن من تحقيق الأهداف العالمية التي حددتها جمعية الصحة العالمية عام ٢٠٠٠م. في مارس ٢٠٠٠م، اجتمع وزراء الصحة والمالية لعشرين من الدول المتقلة بالأعباء في أمستردام في المؤتمر الوزاري المعني بالسل والتنمية المستدامة. إعلان أمستردام لدحر السل، دعا إلى زيادة الالتزام السياسي والموارد المالية للوصول إلى الأهداف التي حددتها منظمة الصحة العالمية لمكافحة السل عالمياً بحلول عام ٢٠٠٥م بدلاً من عام ٢٠٠٠م. في مايو ٢٠٠٠م، قامت جمعية الصحة العالمية بتكرار هذا النداء، عن طريق تشجيع الدول الأعضاء إلى تأييد إعلان أمستردام.

للاوصول إلى الموعد النهائي المحدد حديثاً، مديري البرنامج الوطني لمكافحة السل في ٢٢ دولة المتقلة بالأعباء، والشركاء التقنيين، والشركاء الماليين، وشبكة السل في العالم من منظمة الصحة العالمية اجتمعوا في القاهرة في نوفمبر ٢٠٠٠م ووافقوا على وضع خطة التوسع في الإستراتيجية العالمية لدحر السل. أهم ركيزتين من التوسع في الإستراتيجية العالمية هي وضع خطة من خطط التوسع في الإستراتيجية الوطنية وبناء الشراكة لمكافحة السل.

إستراتيجية منظمة الصحة العالمية للمعالجة القصيرة الأمد لمكافحة السل:

أوصت منظمة الصحة العالمية بإستراتيجية المعالجة لكشف وعلاج السل (المعالجة القصيرة الأجل). وهي تجمع بين خمسة عناصر أساسية، هي:

(١) التزام الحكومة المستمر لأنشطة مكافحة السل.

(٢) اكتشاف الحالات عن طريق الفحص المجهرى لمسحة اللعاب من بين أعراض مرضى الإبلاغ الذاتى على الخدمات الصحية.

(٣) توحيد العلاج من ستة إلى ثمانية أشهر على الأقل للتأكد من أن البلغم فى جميع الحالات ايجابى، مع العلاج تحت الملاحظة المباشرة لمدة لا تقل عن خلال شهرين.

(٤) انتظام، وعدم انقطاع الإمدادات الأساسية لجميع الأدوية المضادة للسل.

(٥) التوحيد والتسجيل والإبلاغ عن نظام يسمح لتقييم نتائج العلاج لكل مريض ومن البرنامج الشامل لمكافحة السل.

الالتزام السياسى أمر أساسى لنجاح البرنامج. ويجب على الحكومات ان تضع سياسة وطنية مع منظمة الصحة العالمية للمساعدة التقنية المقدمة على وجه الخصوص من خلال مكاتبها الإقليمية، وبذل كل جهد ممكن للحصول على الموارد المالية والبشرية التى لا غنى عنها لتنفيذ الجزء الطبى من المشروع. نسبة أداء القطاع الصحى ضرورى أيضا للكشف عن المرض ولتنفيذ إستراتيجية المعالجة القصيرة الأمد، عند المرضى يجب أن تأخذ الأدوية فى وجود الموظفين الطبيين. إذا كان العلاج غير صحيح أعقب ذلك، تسبب فى شكل من أشكال المقاومة للأدوية، التى هي أكثر صعوبة وتكلفة فى العلاج.

تسجيل دقيق لنظام تقديم التقارير اللازمة لتقييم أداء البرنامج العام، فضلا عن إحراز تقدم للمريض واحد. كما تساعد فى توفير المعلومات اللازمة لخطه توفير الأدوية والمحافظة على مخزون كاف. لمنظمة الصحة العالمية دورا نشطا فى تسهيل تقديم الأدوية الأساسية المضادة للسل، ولا سيما من خلال مشروع 'مرفق عالمى للأدوية'، التى تديره أمانة شراكة دحر السل.

وخلال العقد الثمانينات ظهرت نقاط مقبولة على نطاق واسع، وثبتت أنها فعالة. ومع ذلك، كان التقدم المحرز أبطأ من المأمول. على وجه

الخصوص، ظهرت أعاقات لتحديات جديدة في السنوات الأخيرة أكثر من السيطرة على مرض السل، مثل زيادة تأثير فيروس نقص المناعة البشرية على انتشار السل ووقوع حالات متعددة لمقاومة الأدوية. لمواجهة هذه التحديات الجديدة، وفي أعقاب التزام أمستردام، منظمة الصحة العالمية قد وضعت إستراتيجية مفصلة، ونشرت في وثيقة من وثائق 'التوسع في إطار إستراتيجية المعالجة للفعالة لمكافحة السل'.

الإطار الموسع تعزز بخمسة عناصر أساسية للإستراتيجية المعالجة القصيرة الأمد، وتقرر إمكانية الحصول على رعاية مرضى السل كحق من حقوق الإنسان. التوسع في هذا الإطار ساعد الدول في تنفيذ برامجها الوطنية لخطط التوسع في الإستراتيجية المتوسطة الأجل، التي وافقت عليها وأعتمدها في اجتماع القاهرة في عام ٢٠٠٠. وقدم المبادئ التوجيهية لتعبئة الموارد البشرية والمالية الضرورية لتوسيع نطاق مكافحة السل وكجزء من النظام الصحي الوطني. على وجه الخصوص، أوصى بسلسلة من العمليات الرئيسية التي تحتاج إنشاء البرنامج الوطني لمكافحة السل مع وحدة مركزية، وإعداد برنامج ل خطة التنمية والدليل البرنامجي، والتخطيط والشروع في برامج التدريب، وإنشاء نظام تسجيل ونظام لتقديم التقارير.

وفي كثير من الدول، التي يشتهر فيها حالات السل تكون هي الحالات الأولى التي يديرها أطباء القطاع الخاص. ففي الهند وحدها، القطاع الخاص، يعتقد أنه يدير نصف حالات السل. غير أنه في معظم الدول، القطاع الخاص، لا يزال ليس على علم و / أو لم تكن مألوفة له مع تنفيذ إستراتيجية المعالجة القصيرة الأمد، ونتيجة لذلك، فإن معدلات كشف الحالات لا يزال منخفض في كثير من الدول. التعاون مع العاملين في القطاع الخاص أمر أساسي لتحقيق توسع سريع في المعالجة القصيرة الأمد، وبالتالي للسيطرة على مرض السل. منظمة الصحة العالمية تعالج هذه القضية، من خلال مشروع يسمى المزج بين القطاعين العام والخاص.

الشراكة العالمية لدحر السل:

في مايو ٢٠٠٠م، دعت جمعية الصحة العالمية الدول الأعضاء ومؤسسات وهيئات منظومة الأمم المتحدة، والجهات المانحة والمنظمات غير الحكومية والمؤسسات على تقديم الدعم والمشاركة في الشراكة العالمية لدحر السل. وكان الاستجابة استثنائية : الشراكة الآن لأكثر من ٢٠٠ عضو يعملون جنباً إلى جنب مع ممثلين من البلدان المثقلة بالأعباء.

أهداف الشراكة هي العمل على توسيع حكمة استخدام الاستراتيجيات القائمة لوقف انتقال السل، القائمة على التكيف مع استراتيجيات التصدي للتحديات التي تفرضها التهديدات الناشئة، والإسراع في القضاء على مرض السل من خلال تشجيع البحوث الرامية إلى تطوير وتحسين تشخيص التجارب الجديدة والأدوية واللقاحات.

هيكل شراكة دحر السل مرن ويضم منتدى للشركاء، وهيئة تنسيق وأمانة. المنتدى يضم جمعية أصحاب المصلحة، التي تجتمع بانتظام، على الأقل مرة كل سنتين. وهي هيئة التنسيق الرئيسية للشراكة العالمية لدحر السل. وتتمثل مهامها في تحديد المشاكل والتحديات الجديدة، لتبادل المعلومات بهذا الشأن، ولتوطيد وزيادة التزام الشركاء وتعزيز الالتزام السياسي الرفيع المستوى لدحر السل، ولاستعراض التقدم الشامل، وأخيراً تقديم توصيات إلى المجلس لتنسيق لإجراءات ملموسة.

يمثل مجلس التنسيق نواب عن الشراكة العالمية، وتكوينه يعكس كلا من المجموعات الرئيسية لتنوع الشراكة. وهو يضع أولويات للعمل، وذلك تمشياً مع السياسات الصحية والمشورة التقنية من منظمة الصحة العالمية وتوصيات منتدى الشركاء. أمانة صغيرة مستضافة بواسطة منظمة الصحة العالمية تباشر العمل اليومي، وتنفذ المهام الموكلة إليها من قبل المجلس. توفر ستة أفرقة عاملة محور تركيز لتنسيق العمل، تشتمل كل واحدة منها على مجال تقني محدد : واحد يركز على التوسع في الإستراتيجية،

وأثنين لمعالجة التهديدات الجديدة المتصلة بفيروس نقص المناعة البشرية والسل ولتعدد مقاومة السل للأدوية، والثلاثة الأخرى من أجل البحث والعمل التطوير، على التوالي في مجال الأدوية وأساليب التشخيص واللقاحات. كل فريق عامل يعتمد على نفسه في الإدارة.

منظمة الصحة العالمية بوصفها واحدة من كبريات الأعضاء في الشراكة، تقوم بتنسيق وضع إستراتيجية عالمية وسياسات لمكافحة السل. وهي القوة الدافعة وراء التوسع في إستراتيجية الفريق العامل، الذي يساعد الدول في صياغة برامجها الوطنية لخطط التوسع في الإستراتيجية. الفريق العامل المعني بتعدد السل المقاوم للأدوية يضع الحلول لانتشار هذا النوع من السل الشديد. وقد نجح في تخفيض سعر الخط الثاني للسل بنسبة تصل إلى ٩٤ في المائة، من خلال نظام للشراء تكثيره لجنة الضوء الأخضر.

يحاول الفريق العامل المعني بفيروس نقص المناعة البشرية والسل تشجيع الأنشطة المشتركة بين برامج مكافحة السل وفيروس نقص المناعة البشرية، ويعمل على إعداد مبادئ توجيهية ميدانية لهذا الغرض. في مجال البحث والتطوير، والابتكار والتجارب نتج عن التحالف العالمي لتنمية أدوية السل، والشراكة بين القطاعين العام والخاص تهدف إلى التعجيل باكتشاف وإنتاج أدوية جديدة تكون ميسورة في البلدان المنخفضة الدخل.

وفي فبراير ٢٠٠٢م، التحالف العالمي لتنمية أدوية السل حصل على تصريح خاص، ترخيص worldwide لنوع جديدة من المركبات من شركة Chiron. هذه هي الأولى من نوعها بين القطاعين العام والخاص على اتفاق للسل.

وهناك مبادرة هامة أخرى للشراكة في منظمة الصحة العالمية التي تلعب دورا نشطا في أدوية السل العالمية، وهي آلية تهدف إلى التوسع في الحصول على الختمات العالية الجودة للسل لتسهيل التوسع في الإستراتيجية العالمية. أدوية السل العالمية توفر الأدوية عالية الجودة مجانا للدول المؤهلة

والمنظمات غير الحكومية، من خلال شبكة الانترنت. الآن ٢٣ دولة مؤهلة لدعم المرفق العالمي للأدوية، وأحدى عشر قد حصلت بالفعل على أدوية للسل.

الالتزام السياسي والموارد المالية:

الشراكة العالمية لدحر السل قد وضعت الأهداف التالية : بحلول عام ٢٠٠٥م، نسبة ٧٠ في المائة الأشخاص الذين يعانون من السل المعدي سيتم تشخيصهم، و ٨٥ في المائة سيتم لهم الشفاء ؛ بحلول عام ٢٠١٠م، والعبء العالمي للمرض السل سينخفض بنسبة ٥٠ في المائة (بالمقارنة مع مستويات عام ٢٠٠٠م)؛ بحلول عام ٢٠٥٠م، الإصابة العالمية لمرض السل ستكون أقل من واحد لكل مليون من السكان.

شركاء دحر السل قد أشاروا على أن الإستراتيجية العالمية لمكافحة السل من الممكن أن تؤدي لنتائج ممتازة، إذا ما نفذت على الوجه الصحيح. ولكن المزيد من الموارد المالية اللازمة لهذا التنفيذ. أمثلة من قبيل إنشاء الصندوق العالمي لمكافحة الإيدز والسل والملاريا كانت واعدة، ولكنها للأسف ليست كافية. مع الالتزام السياسي القوى والموارد المالية الكافية، منظمة الصحة العالمية وشركاؤها المعلوم لديها المعرفة اللازمة والخبرة الميدانية للوصول إلى أهدافها وتمهيد الطريق من أجل القضاء على السل كمشكلة صحية عمومية.

المبحث الخامس الحملة العالمية لمكافحة الأيدز

متلازمة القصور المناعي المكتسب (الايدز) أعترف به لأول مرة في عام ١٩٨١م بين ممارسي الجنس المثلي من الرجال في الولايات المتحدة الأمريكية. فيروس نقص المناعة البشرية - الفيروس الذي يسبب متلازمة نقص المناعة المكتسب - تم تحديده في عام ١٩٨٣م. انتشار فيروس نقص المناعة البشرية واسع النطاق ويبدو أنه قد بدأ في أواخر السبعينات وأوائل

الثمانينات بين الرجال والنساء متعددي الجنسية مع شركاء في شرق ووسط أفريقيا وبين مثلي الجنس والمخنثين من الرجال في بعض المناطق الحضرية في الأمريكتين، وأوروبا الغربية وأستراليا ونيوزيلندا. واليوم، يجري الفيروس إلى جميع الدول، ويستحق تسميته "بالمُعْدَى".

منذ بداية الوباء العالمي، ما يقرب من ٣٠ مليون شخص يعتقد أنهم أصيبوا بفيروس نقص المناعة البشرية، ويقدر بـ ٥ ملايين من الكبار، ١,٤ مليون طفل لقوا حتفهم. ووفقا لتقديرات منظمة الصحة العالمية، كان هناك ٣,١ ملايين إصابة جديدة بالفيروس خلال عام ١٩٩٦م، أي حوالي ٨٥٠٠ في اليوم. وفي خلال العام نفسه، فيروس نقص المناعة البشرية يعد من الأمراض التي تؤدي إلى وفاة ما يقدر بـ ١,٥ مليون شخص، من بينهم ٣٥٠,٠٠٠ طفل. اليوم يقدر بـ ٢٢,٦ مليون نسمة عدد الذين يعيشون مع الإصابة بفيروس نقص المناعة البشرية أو متلازمة نقص المناعة المكتسبة. في جميع أنحاء العالم، ٧٥-٨٥ ٪ من الإصابات بفيروس نقص المناعة البشرية في البالغين قد تنتقل عن طريق الاتصال الجنسي الغير مأمون، مع حاسب الاتصال الجنسي المغاير لأكثر من ٧٠ ٪.

ويمكن أيضا أن تنتقل العدوى عبر المصابين عن طريق الدم أو منتجات الدم التي تقاسم معدات الحقن الملوثة، أو من المصابين أومن الوالدة إلى الجنين الرضيع أثناء الحمل أو الولادة أو عند الرضاغة الطبيعية. حوالي ٦٣ ٪ من الإجمالي العالمي للأشخاص المصابين يعيشون في أفريقيا جنوب الصحراء الكبرى. العدوى تنتشر بشكل انفجاري في آسيا، في حين أنها تزداد في القارات الأخرى.

نشأة البرنامج العالمي

في يناير ١٩٨٦م، قرر المجلس التنفيذي مواصلة تطوير الأنشطة داخل برنامج منظمة الصحة العالمية الصغير لمكافحة الأيدز : واذ تلاحظ أنه لا توجد لقاحات علاجية متاحة حاليا للعلاج والوقاية من مرض الأيدز، طلب

المجلس من المدير العام التعاون مع الدول الأعضاء في وضع برامج وطنية لاحتواء العدوى، بتوفير الدم المأمون ومشتقات الدم، وتعزيز البحث بشأن تطوير العلاج واللقاحات والوبائية و الجوانب السلوكية للإصابة، وتنسيق التعاون من التجارب السريرية وغيرها من العقاقير المضادة للفيروسات. في مايو ١٩٨٦م، حثت جمعية الصحة الدول الأعضاء أن تتعاون تعاوناً تاماً في السيطرة على وباء الأيدز والعدوى بفيروس نقص المناعة البشرية، مع منظمة الصحة العالمية بصفقتها منسقة لكل من المساعدات المتعددة الأطراف والثنائية.

في ١ فبراير عام ١٩٨٧م، أنشأ المدير العام برنامجاً عن الأيدز خاصاً ثم عالمياً، والبرنامج من إخراج الدكتور جوناثان مان (الولايات المتحدة) المتمتع بالكفاءة والحماس والكاريزما. في مايو ١٩٨٧م، أقرت جمعية الصحة بإنشاء البرنامج، ومؤكد ذات أولوية عالية، كما وافقت على الإستراتيجية العالمية لمكافحة الأيدز باعتبار ذلك أساس استجابة عالمية لمكافحة فيروس نقص المناعة البشرية.

في عام ١٩٨٨م، منظمة الصحة العالمية وبرنامج الأمم المتحدة الإنمائي.. شكلاً تحالفاً لمكافحة الأيدز. وفي مايو ١٩٨٨م، جمعية الصحة أعربت عن اقتناعها بأن احترام حقوق الإنسان وكرامة المصابين بفيروس نقص المناعة البشرية، أمر حيوي لنجاح الوقاية الوطنية من الأيدز وبرامج المراقبة والإستراتيجية العالمية. في ١٠ ديسمبر ١٩٨٨م، نظمت منظمة الصحة العالمية اليوم العالمي الأول لمكافحة الأيدز، بمشاركة أكثر من ١٥٠ دولة. يوم الأيدز في العالم، الذي عقد في الأول من ديسمبر من كل عام، يهدف إلى تعزيز ونشر المعلومات عن الأيدز، ولئن كان رمزياً يدل على أنه يمكن توحيد الجهود العالمية لمكافحة الأيدز.

وفي عام ١٩٨٩م، شددت الجمعية على أهمية مساهمة المنظمات غير الحكومية في مكافحة الأيدز، نظراً لما لديها من اتصالات والوصول إلى

الأفراد والمجتمعات، والمعرفة والخبرة. وفي عام ١٩٩٠م، أكدت الجمعية على ضرورة النظر في مشكلة الأيدز في الأمهات والأطفال في ضوء إتباع نهج واسع النطاق لصحة الأم والطفل والأسرة وهدف الصحة للجميع بحلول عام ٢٠٠٠م.

في مارس ١٩٩٠م، أستقال الدكتور **Dr Mann** من منظمة الصحة العالمية في ضوء "الفرق كبير" بينه وبين المدير العام عن سلسلة من القضايا التي يعتبرها حاسمة للبرنامج وإستراتيجيته. وقد حل محله الدكتور **Dr Michael Merson**، مدير منظمة الصحة العالمية وبرنامج مكافحة أمراض الإسهال، وهو أيضا مواطن أمريكي. (ومن بين الأسباب التي أدت إلى استقالة الدكتور مان، تكررت وسائل الإعلام : الصراع بين إدارة الدكتور مان "الرأسية"، بالتوجيه من المقر والمدير العام وإصرارها على تحقيق اللامركزية في البرنامج، وذلك تمشيا مع سياسة الأقامة بالمنظمة -خلاف على الأهمية النسبية والتمويل الذي ينبغي إعطاؤه لبرنامج الأيدز بالقياس إلى غيره من برامج منظمة الصحة العالمية - ووجود خلاف حول مسألة حقوق الإنسان، وإمكانية الحصول على الأدوية - وصراع شخصيات).
الإستراتيجية العالمية لمكافحة الأيدز:

في حالة عدم وجود لقاح أو علاج للأيدز، تراعي الفوارق الثقافية والتعليم والمعلومات والاستراتيجيات التي تركز على الكيفية التي ينتقل بها فيروس نقص المناعة البشرية ومدى التعرض له وإمكانية الحد منه أو القضاء عليه -- مثل استخدام الواقي الذكري -- وهو من بين أهم الوسائل للحد من انتشار المرض. مكافحة الأيدز الحالية تركز أساسا على طبيعة دفاعية : ولها أهداف أساسا للحد من انتقال المرض، لضمان اشتراك الأشخاص المصابين بفيروس نقص المناعة البشرية بصورة صحيحة للرعاية، بطريقة غير تمييزية، وبأن من حقوقهم الكرامة والتمسك بها. منظمة الصحة العالمية أيضا قامت بتعزيز البحث والتجريب.

الإستراتيجية العالمية لمكافحة الأيدز تم بناؤها على ثلاثة أهداف عامة: الوقاية من الإصابة بفيروس نقص المناعة البشرية -- الحد من الأثر الشخصي والاجتماعي للإصابة بفيروس نقص المناعة البشرية، -- توحيد الجهود الوطنية والدولية لمكافحة مرض الأيدز. تعزيز الأعلام والتثقيف حول تدابير العادات الشخصية هو عنصر أساسي لهذه الإستراتيجية، للحيلولة دون انتشار المرض. وتشمل هذه التدابير التعزيز الآمن للسلوك الجنسي، ولا سيما عن طريق استخدام الواقي الذكري، وتوفير المشورة وأشكال أخرى من الخدمات الصحية والاجتماعية. وفي الفترة ١٩٩٢م - ١٩٩٣م، ما يقرب من ٦٠ مليون من الواقيات الذكرية قدمت من البرامج وطنية.

وثمة عنصر أساسي آخر للإستراتيجية هو مراقبة مدى توافر واستخدام الدم الغير ملوث ومشتقاته. المبادرة العالمية لسلامة الدم، التي نفذت بالاشتراك مع منظمة الصحة العالمية وإتحاد جمعيات الصليب الأحمر والهلال الأحمر، كانت تهدف إلى تحسين خدمات نقل الدم في البلدان النامية. شدد البرنامج منذ أنشائه على الضرورة الفنية والإدارية والمالية لدعم البرامج الوطنية لمكافحة الأيدز. وفي مواجهة الانتشار السريع لهذا المرض في الدول النامية، ووافقت جمعية الصحة في مايو ١٩٩٢م باستكمال الإستراتيجية العالمية لمكافحة الأيدز. الطرق الأساسية لمواجهة التحديات الجديدة الناجمة عن تطورات المرض قد حددت على النحو التالي :

- أفضل برامج الوقاية والعلاج من الأمراض المنقولة جنسيا للغير ؛
- زيادة التركيز على الوقاية من الإصابة بفيروس نقص المناعة البشرية عن طريق تحسين صحة المرأة والتعليم ؛
- إعطاء البيئة الاجتماعية المزيد من الدعم لبرامج الوقاية ؛
- زيادة التركيز على الصحة العامة من مخاطر وصم الشعب المعروف أو المشتبه في إصابتهم، والتمييز ضدهم ؛
- زيادة التركيز على الرعاية الصحية.

دعيت الدول الأعضاء، من أجل تحسين تدابير الوقاية من الإصابة بفيروس نقص المناعة البشرية بسبب الدم ومشتقاته، من خلال تعزيز خدمات نقل الدم التي تقدم لفحص جميع تبرعات الدم، وتقديم المشورة والتوجيه، وغيرها من العناصر الوقائية. طلب المدير العام، أن يشدد على أهمية استجابة قطاعات متعددة من جانب جميع قطاعات الحكومة لمرض الأيدز بتكثيف الطب الأحيائي، ومكافحة الأوبئة وبحوث العلوم الاجتماعية في جميع أنحاء العالم، ودعم أبحاث اللقاح للمكافحة، لا سيما في البلدان النامية، وفي الوقت نفسه تعزيز تدريب العاملين في مجال البحوث في تلك الدول.

في دورة جمعية الصحة الخمسين بتاريخ مايو ١٩٩٣م ، لجنة الإدارة بالبرنامج العالمي لمكافحة الأيدز وافقت على المقترحات التالية التي أدلى بها ممثلو المنظمات غير الحكومية والمنظمات المجتمعية والأشخاص الذين يعيشون مع فيروس نقص المناعة البشرية، وكانوا في هذا الاجتماع بصفة المراقب، فيما يتعلق بدور المنظمات غير الحكومية في العالم وفي البرامج الوطنية لمكافحة الأيدز. على التالي :

- المشاركة النشطة والتشاور والشراسة مع مجموعة واسعة من المنظمات غير الحكومية والمنظمات المجتمعية والأشخاص الذين يعيشون مع فيروس نقص المناعة البشرية / متلازمة نقص المناعة المكتسبة ؛
- التعرف على فيروس نقص المناعة البشرية / الأيدز والوقاية والدعم والرعاية العملية؛
- تجنب محاولات لإضفاء الطابع المركزي على هذه الأنشطة، على الصعيد العالمي والوطني.

في ٣١ ديسمبر ١٩٩١م، كان البرنامج يستخدم ٨٠ طبيب من المتخصصين والإداريين في مقر منظمة الصحة العالمية، بمساعدة من ٦٦ الموظفين والأمناء. المكاتب الإقليمية التي تستخدم ٢٢ من الاختصاصيين

والأطباء، و ٦٥ طبيبا، والصحيين والمعلمين والإداريين : خدموا في البرامج الوطنية لمكافحة الأيدز، والتي كانت موجودة في ٥٥ دولة أفريقية. التبرعات لبرنامج منظمة الصحة العالمية لعام ١٩٩٢م بلغت ٦ ملايين دولار. الاشتراكات المتراكمة للفترة من ١٩٨٧م إلى ١٩٩٢م كانت ٣٨ مليون دولار. والمانحون الرئيسيون هم الولايات المتحدة الأمريكية، السويد، المملكة المتحدة، كندا، الدانمرك، وهولندا... الخ برنامج الأمم المتحدة الإنمائي والبنك الدولي قد أسهما أيضا في البرنامج. اليونيسيف واليونسكو وصندوق الأمم المتحدة للسكان وكانوا أعضاء في لجنة إدارة البرنامج.

إنشاء برنامج الأمم المتحدة المشترك المعني

بفيروس نقص المناعة البشرية (الأيدز)

في مايو ١٩٩٣م، دعت جمعية الصحة لأجراء دراسة مشتركة عن برنامج الأمم المتحدة المعني بفيروس نقص المناعة البشرية إلى التعاون العالمي لتوفير السياسات والنهج والتمويل، وذلك بالتشاور الوثيق مع أمناء ورؤساء منظمة الأمم المتحدة للطفولة، برنامج الأمم المتحدة الإنمائي، صندوق الأمم المتحدة للسكان، واليونسكو والبنك الدولي. مصدر هذه المبادرة يعود إلى مبادئ مندوبين الدول المانحة (الولايات المتحدة الأمريكية، السويد، المملكة المتحدة، كندا)، وأوغندا، أحد الدول الأفريقية الأكثر تضررا من جراء المرض : منذ بضع سنوات، تقارير مختلفة أعربت عن تزايد الشعور بالإحباط فيما يتعلق بنقص أو تنسيق الأعمال التي قامت في الميدان من قبل مختلف وكالات ومنظمات الأمم المتحدة.

وطالبت هذه الدول، بإيجاد حل أو بعبارة أخرى، فإن منظمة الصحة العالمية لم تفي بدورها بوصفها "سلطة التوجيه والتنسيق في العمل الصحي الدولي" حسب تكليف المادة ٢ فقرة (أ) من الدستور، ولم تكن "منسق للمساعدات المتعددة الأطراف والثنائية" في مجال السيطرة على فيروس نقص المناعة البشرية، وهذا الدور الذي حددته جمعية الصحة في مايو

١٩٨٦م. ولكي نكون منصفين مع منظمة الصحة العالمية، ينبغي أن نتذكر أن المنظمة ليس لها سلطة على الدول الصناعية والبرامج الثنائية، وثانياً، أنها لا تملك سلطة على منظمات ووكالات الأمم المتحدة الأخرى، وثالثاً، مواردها المالية محدودة. التنسيق لا يمكن إلا أن يكون طوعي ومقبول، على أساس الاعتراف بالتنسيق العالمي للمنظمة الذي يكون في متناول اليد، والكفاءة التقنية والقدرة على الإدارة.

في يناير ١٩٩٤م، المجلس التنفيذي لمنظمة الصحة العالمية أوصى في نهاية المطاف بإنشاء وتنمية برنامج مشترك مع برنامج الأمم المتحدة يشارك في الإشراف على فيروس نقص المناعة البشرية، على أن يدار من قبل منظمة الصحة العالمية. وكان هذا الاقتراح أيده المجلس التنفيذي لليونسكو في أبريل والمجالس التنفيذية لبرنامج الأمم المتحدة الإنمائي واليونسيف وصندوق الأمم المتحدة للسكان. البنك الدولي أيضاً وافق على أن يكون في مقدمة البرنامج. في يونيو ١٩٩٤م، وأيد الاقتراح المجلس الاقتصادي والاجتماعي.

برنامج الأمم المتحدة المشترك المعني بفيروس نقص المناعة البشرية (الأيذز) أنشئ في يناير ١٩٩٦م، كما شارك في البرنامج جمع من بين منظمة الأمم المتحدة للطفولة، وبرنامج الأمم المتحدة الإنمائي، صندوق الأمم المتحدة للسكان، واليونسكو، ومنظمة الصحة العالمية والبنك الدولي. المنظمات والتخطيط المشترك، والعمل ينبغي أن يعطي برنامج الأمم المتحدة المشترك "ميزة التعاونية" ويترجم إلى قدر أكبر من التعاون والكفاءة.

الدافع الرئيسي في العمل العالمي لفيروس نقص المناعة البشرية، بعثة برنامج الأمم المتحدة المشترك لقيادة وتعزيز ودعم الاستجابة الموسعة بهدف منع انتقال فيروس نقص المناعة البشرية، وتوفير الرعاية والدعم، والحد من ضعف الأفراد والمجتمعات المحلية لفيروس نقص المناعة البشرية، والتخفيف من أثر هذا المرض.

برنامج الأمم المتحدة المشترك ورث معظم ما لديه من المبادئ التوجيهية لهذه الإستراتيجية : الاستدامة على المدى الطويل، والسلامة التقنية، والتركيز على ضعف المرأة والفئات الخاصة، الدعم الاجتماعي والسياسي والقانوني للبيئة دون أكراه، وحقوق الإنسان دون تمييز، الاستجابة متعددة القطاعات من خلال المشاركة والشراكة والمسؤولية الوطنية على تصميم وتنفيذ البرامج، والدور التكميلي للبرنامج الأمم المتحدة المشترك على الجهود الأخرى.

البرنامج هو أول برنامج للأمم المتحدة لتمثيل المنظمات غير الحكومية من إدارتها الرئيسية. برنامج الأمم المتحدة المشترك هو مجموعة صغيرة من ٩٨ موظفا في مقره الرئيسي بجنيف، و ٧٤ من المستشارين القطريين المشترك. بلغت ميزانيته للفترة ١٩٩٦م - ١٩٩٧م من ١٢٠ مليون دولار. مديره التنفيذي هو بيتر بيو (بلجيكا)، المدير المعاون السابق لبرنامج العمل العالمي منذ عام ١٩٩٢م.

البرنامج العالمي لمكافحة الأيدز السابق لمنظمة الصحة العالمية، في المقر أستعير عنه بمجموعة صغيرة من "مكتب فيروس نقص المناعة البشرية / الأيدز والأمراض المنقولة جنسيا"، مع مدير واحد من الموظفين، وأربعة موظفين من الفئة الفنية وأثنين من موظفي الخدمة العامة.

داخل الحدود السابقة والحالية لبرنامج الأيدز، ينبغي على الجميع أن يعطوا المزيد من المصداقية للبرنامج العالمي لمكافحة الأيدز بواسطة قيام منظمة الصحة العالمية لتشجيع الحكومات والمؤسسات الصحية العامة والمسؤولين والسكان على أن يصبحوا أكثر وعيا وإدراكا للمشاكل التي يثيرها فيروس نقص المناعة البشرية، وبعد أن يصر على احترام كرامة وحقوق الإنسان وعدم التمييز بين المصابين بهذا المرض. قادة برنامج العمل العالمي اعترفوا بأهمية وجدوى الدور الذي تقوم به المنظمات غير الحكومية في تقديم المساعدة إلى المصابين بفيروس نقص المناعة البشرية.

استطاعت منظمة الصحة العالمية توسيع البرنامج وإعادة توجيه أنشطتها لمن يلزم من إجراءات الوقاية وأنشطة التثقيف الصحي لتوفير الوعي الذكري وإلى الحرص على أن يعطى للمرضى. وكانت أيضا قادرة على توجيه الانتباه إلى إمكانية تعرض النساء بشكل خاص، وتوسيع نطاق العمل لغيرها من الأمراض المنقولة جنسيا. في مايو ١٩٩٦م، عندما كانت معظم وظائف البرنامج العالمي لمكافحة الأيدز تم الاستيلاء عليها من قبل برنامج الأمم المتحدة المشترك، أقرت جمعية الصحة حق أساسي مع التقدير للدور القيادي الذي تضطلع به منظمة الصحة العالمية، من خلال برنامجها العالمي لمتلازمة نقص المناعة المكتسبة. الجمعية اعترفت بالحق والتفاني والتميز لموظفين برنامج العمل العالمي واستجابة الجهود الوطنية لمكافحة فيروس نقص المناعة البشرية، وأعربت عن تقديرها لعملها (قرار جمعية الصحة العالمية ٤٩،٢٧).

وفي النهاية نخلص إلى قيام منظمة الصحة العالمية بالقيان بنهج موحد لمواجهة الأمراض المعدية، وهو إعداد برنامج عمل للقضاء أو لمكافحة مرض معدى يصدر به قرار من جمعية الصحة. هذا البرنامج يعتمد على محورين الأول مالى وإدارى والثانى تقنى. بالنسبة للمحور المالى والإدارى يتلخص فى كيفية تعبئة الموارد وإعداد العاملين الصحيين، والمحور الثانى تقنى يتعلق بكيفية انتقال المرض وعلاج المصابين به. وبالنسبة للمحور الأول فيعتمد فى الغالب على الشراكات والتبرعات والهبات، ويندر اعتماده على ميزانية المنظمة. وبالنسبة للمحور الثانى فيعتمد على فصل المنطقة المصابة وعلاج ما بداخلها مع تطعيم الخارجين عنها، بخلاف القضاء على نواقل الأمراض.

الباب الثالث

قواعد القانون الدولي للصحة الاجتماعية

لما كان النشاط الصحى فى الأصل نشاط اجتماعى به وفقا لما جاء بتعريف الصحة بدستور منظمة الصحة العالمية، ولذا كانت تقوم به أيضا الأمم المتحدة ووكالاتها المتخصصة، وتتدخل منظمة الصحة العالمية فى علاقات رسمية مع منظومة الأمم المتحدة لوضع هذه القوانين. على سبيل المثال، أشتركت منظمة الصحة العالمية فى إبرام مجموعة معاهدات حقوق الإنسان ولها تمثيل دائم فى المفوضية السامية لحقوق الإنسان، أشتركت منظمة الصحة العالمية مع منظمة العمل الدولية فى وضع قواعد صحة بيئة العمل.

ولما كان من مقاصد الأمم المتحدة تحقيق التعاون الدولى فى المجالين الاقتصادى والاجتماعى للوصول للرفاهية الاجتماعية، فمن الطبيعى أن تقوم الأمم المتحدة بسن تشريعات دولية من أجل تحقيق هذه الرفاهية. ولذا نصت المادة ٦٢ من الميثاق على اختصاص المجلس الاقتصادى والاجتماعى بالقيام بالدراسات ووضع التقارير فى مجالات الاقتصاد والاجتماع والصحة والثقافة والتعليم وله أن يقدم توصياته فى هذا الخصوص إلى الجمعية العامة أو إلى الوكالات المتخصصة أو إلى الأعضاء. ومن خلال تمثيل منظمة الصحة العالمية بالمجلس الاقتصادى والاجتماعى باعتبارها سلطة التوجيه والتنسيق فى العمل الدولى الصحى (وفقا للمادة ٢ من دستورها)، يستطيع المجلس تكليف منظمة الصحة العالمية بدراسة أمور فنية خاصة بها، أو رفع توصيات للجمعية العامة لوضعها فى ضك قانونى معين سواء كان معاهدة أو قرار أو توصية. وبالتالي ما يسرى على منظمة الصحة العالمية فى هذا الخصوص يسرى على بقية الوكالات المتخصصة.^(١)

1) V. S. Mihajlov , International Health Law: Current Status and Future Prospects, International Digest of Health Legislation, Geneva, World Health Organization, 1989, Vol.40 , No.1, pp. 10: 11.

وتقوم منظمة الصحة العالمية كسلطة التوجيه والتنسيق في مجال الصحة الدولية لتحقيق هدفها ببلوغ جميع الشعوب أرقى مستوى صحي، بالعمل على سن تشريعات دولية صحية بطريقتان هما: الأولى مباشرة بإصدار تشريعات دولية صحية في نطاق الصحة الجسدية، والثانية غير مباشرة بالاشتراك مع الأمم المتحدة ووكالاتها المتخصصة لإصدار تشريعات دولية صحية في نطاق الصحة الاجتماعية. ويتضح ذلك من خلال ما تقوم به منظمة الصحة العالمية في المشاركة بإعداد توصيات المجلس الاقتصادي والاجتماعي التي ترفع للجمعية العامة تمهيدا لإصدار تشريعات دولية صحية، أو في مرحلة لاحقة تتعلق بتنفيذ هذه التشريعات بواسطة إصدار قرارات من جمعية الصحة. وتعد تلك التشريعات المتعلقة بصحة المجتمع والتي تصدرها الأمم المتحدة ووكالاتها المتخصصة، من قبيل القواعد الوقائية لكونها تضمن وجود الإنسان داخل بيئة اجتماعية صحية.^(١)

1) Marie-Franfoise Lucker-Babel, A new challenge for international cooperation in health matters, International Digest of Health Legislation, , Genva, World Health Organization, 1989, Vol.40 , No.1, pp. 27: 29.

- من الجدير بالذكر في هذا الخصوص ما جاء بقرار جمعية الصحة رقم (٢ - ٣١) في يونيو ١٩٤٩م بالتنسيق في العمل الدولي الصحي مع الأمين العام للأمم المتحدة والمديرين العاملين للوكالات المتخصصة الأخرى عن طريق لجنة الأمم المتحدة الإدارية للتنسيق وأجهزتها الفرعية، وعن طريق التمثيل المناسب في كافة أجهزة الأمم المتحدة.

- دليل قرارات جمعية الصحة العالمية والمجلس التنفيذي، ١٩٤٨م: ١٩٧٢م - منظمة الصحة العالمية - مرجع سابق - ص ١٢١٤.

- من الجدير بالذكر في هذا الخصوص قرار جمعية الصحة رقم (١٨ - ٤٥) في مايو ١٩٦٥م، حيث جاء به بعد دراسة قرارات الأمم المتحدة والوكالات المتخصصة بشأن الموضوعات المتعلقة بأنشطة منظمة الصحة العالمية، تلتزم الدول الأعضاء أن تعطي عناية خاصة للآثار الصحية لبرامج التنمية الاجتماعية والاقتصادية الواسعة النطاق.

- دليل قرارات جمعية الصحة العالمية والمجلس التنفيذي، ١٩٤٨م: ١٩٧٢م - منظمة الصحة العالمية - جنيف - ص ٧٤.

منظمة الصحة العالمية والوكالات المتخصصة التابعة للأمم المتحدة، وبشكل خاص العلاقة مع المنظمات الأخرى في منظومة الأمم المتحدة. وفقا لإطار المادة ٢ من دستور منظمة الصحة العالمية " تقوم المنظمة، من أجل تحقيق هدفها، بالمهام التالية: أ/ التوجيه والتنسيق في المجال الصحي والعمل مع الطابع الدولي؛ ب/ الإنشاء والحفاظ على التعاون الفعال مع الأمم المتحدة والوكالات المتخصصة، والسلطات الحكومية، وغير ذلك من المنظمات التي قد تراها مناسبة...». " إتفاق الأمم المتحدة ومنظمة الصحة العالمية تم التوقيع عليه في ١٠ يوليو ١٩٤٨م ووافقت عليه الجمعية العامة للأمم المتحدة في ١٥ نوفمبر من نفس السنة.

وهكذا، فإن التعاون بين المنظمات وضع ضمن إطار اللجان المشتركة، والبعثات المشتركة، والمؤتمرات المشتركة أو المختلطة أو قوائم بأسماء الخبراء، ووضعت نتيجة لذلك الاتفاقيات بين منظمة الصحة العالمية ووكالات الأمم المتحدة المتخصصة. المادة ٤٠ من دستور منظمة الصحة العالمية تنص على أن " يختص المجلس بإنشاء لجان مشتركة أو مختلطة أو مع منظمات أخرى تشارك فيها الأمم المتحدة، والتي يمكنها ان تكفل تمثيل المنظمة مع اللجان التي تنشأها وكالات أخرى" (أنظر أيضا الفصل السادس عشر من الدستور).

هذه الاتفاقيات، وهي خاصة عديدة، تشمل اتفاقية منظمة الصحة العالمية ومنظمة العمل الدولي (الذي أعتدته جمعية الصحة ودخل حيز النفاذ في ١٠ يوليو ١٩٤٨م)، واتفاق اليونسكو ومنظمة الصحة العالمية (الذي أعتدته جمعية الصحة ودخل حيز النفاذ في ١٠ يوليو ١٩٤٨م)، واتفاق منظمة الصحة العالمية ومنظمة الأغذية والزراعة (الذي أعتدته جمعية الصحة ودخل حيز النفاذ في ١٠ يوليو ١٩٤٨م)، واتفاق منظمة الصحة العالمية والوكالة الدولية للطاقة الذرية (الذي تم إقراره بواسطة جمعية الصحة العالمية الثانية عشر في ٢٨ مايو، ١٩٥٩م؛ هذا الاتفاق تم استكمال

بأ اتفاق في نوفمبر ١٩٦٦م)، والاتفاق بين الصندوق الدولي للتنمية الزراعية ومنظمة الصحة العالمية (وافتت عليه جمعية الصحة العالمية الدورة الثالثة والثلاثون في ٢٣ مايو ١٩٨٠م)، واتفاق المكتب الدولي للأوبئة الحيوانية ومنظمة الصحة العالمية (الذي أعتمدته جمعية الصحة ودخل حيز النفاذ في ٢٢ يوليو ٢٠٠٤م). وقد أبرمت منظمة الصحة العالمية اتفاقا مع منظمة الامم المتحدة للطفولة - اليونيسيف (يوليو ١٩٤٨)، مثلما الاتفاق مع وكالة الامم المتحدة لشئون اللاجئين الفلسطينيين ٢٩ أيلول / سبتمبر، ١٩٥٠م). ويمكن أن ترتبط منظمة الصحة العالمية مع أكثر من منظمة واحدة: منظمة الأغذية والزراعة والوكالة الدولية للطاقة الذرية ومنظمة الصحة العالمية بشأن الجوانب الميكروبيولوجية لنظافة المواد الغذائية (١٩٦٧م)، اللجنة المشتركة بين منظمة الأغذية والزراعة ومنظمة الصحة العالمية وبرنامج الأمم المتحدة للبيئة بشأن تلوث الأغذية (١٩٧٢م)، وبرنامج منظمة الأغذية والزراعة مع برنامج الأمم المتحدة للبيئة مع منظمة الصحة العالمية والمنظمة العالمية للأرصاد الجوية على الموارد الطبيعية للأغذية والزراعة (١٩٧٣)، وهلم جرا.

الأساس القانوني لهذا التعاون الدولي نجده منصوص عليه في مواد دساتير كل من هذه المنظمات الدولية. هذا الاختصاص بإنشاء أجهزة دولية في شكل لجان أو مؤتمرات تعد من قواعد القانون الدولي العام.

وتعد هذه القواعد بأنها قواعد وقائية، ولذا فهي كثيرة ومتعددة ولكن يمكن تصنيفها وفقا للأتي:

- التصنيف الوظيفي، وهو التصنيف المعنى بالوظيفة التي تؤديها تلك القواعد.

- التصنيف الفئوي، وهو التصنيف المعنى بفئات الأفراد.

- التصنيف العمري، وهو التصنيف المعنى بالطفولة والمرأة والمسنين.

ولذا نقسم هذا الباب لثلاثة فصول كالتالى:
الفصل الأول: القواعد الوقائية الوظيفية.
الفصل الثانى: القواعد الوقائية لفئات الأفراد.

الفصل الأول

القواعد الوقائية الوظيفية

قيمة هذه القواعد التى تقع داخل إطار هذه الطائفة هى أنها تنشئ حماية شاملة لحقوق لكل الجماعات (الأطفال، النساء، والمعوقين، وكبار السن...) . وبالبحث فى إطار قواعد القانونية الدولية الصحية يتبين أن هناك توليفة ضخمة منها، طالما أن الأصل فى هذه القواعد التنوع من حيث المصدر (الأمم المتحدة، منظمة الصحة العالمية، وغيرها من المنظمات الداخلة فى منظومة الأمم المتحدة)، بما فيها المجالات ذات الصلة. القواعد الوقائية الوظيفية بالمعنى الفنى الدقيق وهى فعلا تلك القواعد المرتبطة بالتشريعات الدولية المتعلقة بالصحة البيئية، والتشريعات الدولية المتعلقة بصحة التغذية.

ولذا نقسم هذا الفصل إلى مبحثين هما:

المبحث الأول: القواعد القانونية الدولية الصحية المتعلقة بالبيئة.

المبحث الثانى: القواعد القانونية الدولية الصحية المتعلقة بالتغذية.

المبحث الأول

القواعد القانونية الدولية الصحية المتعلقة بالبيئة

مفهوم الصحة البيئية

يتصدر الحفاظ على الصحة وتحسينها مكانة أمامية من الاهتمام المتصل بالبيئة. فمن الثابت أن أكثر المشكلات إلحاحا فى العالم هى سوء الصحة والوفيات المبكرة الناجمة عن العوامل الحيوية (البيولوجية) الضارة فى البيئة البشرية: فى الماء والطعام والهواء والتربة. وهى تسهم فى الموت المبكر لملايين الأفراد، معظمهم من الرضع والأطفال، كما تؤدى إلى سوء الصحة أو العجز المبكر لدى الملايين الآخرين. فالحفاظ على استدامة الدورات الحيوية فى البيئة (نبات، حيوان)، هى التى تعتمد عليها الحياة وتعد مطلبا من مطالب الصحة. فالنمو السكانى، وطريقة استغلال الموارد،

والنفايات الناجمة عنها، تهدد القاعدة البيئية التي تعتمد عليها الصحة ويعتمد عليها بقاء الإنسان، وتنتقل الأعباء المتنامية الناشئة عن ذلك إلى أجيال المستقبل. وهي تفرض ضريبة على صحة الإنسان وعلى الموارد والنظم الطبيعية، ويمكن خفضها بدرجة هائلة بإتخاذ عدة تدابير قانونية بيئية.^(١)

فالصحة البيئية تختلف عن البيئة بصفة عامة، ويتلخص الاختلاف في أن البيئة بصفة عامة مكونة من تنوع حيوى بينما البيئة الصحية هي البيئة التي يستطيع أن يعيش فيها الإنسان بصحة جيدة. التصور على المستوى الدولي من المخاطر على صحة الإنسان ناجمة عن ما نسميه اليوم التلوث البيئي وهو ليس جديدا. منظمة الصحة العالمية، منذ إنشائها على علم (وكذلك منظمة الأغذية والزراعة، والمنظمة البحرية الدولية، ومنظمة الطيران المدني...) بالمشاكل الصحية ذات الصلة بالأضرار البيئية الطبيعية. الاعتراف بالطابع العالمي لهذه المخاطر تم حتى الآن تدريجيا. وعقد في ستوكهولم مؤتمر الأمم المتحدة المعني بالبيئة في يوليو ١٩٧٢م، وأنشئ برنامج الأمم المتحدة للبيئة الذي أبرز أهمية الأضرار التي لحقت بالنظام الأيكولوجي. مبادئ نيروبي في عام ١٩٧٨م (المكمل لإعلان ستوكهولم لعام ١٩٧٢م) الخاصة بالحفظ والاستخدام المتناسق للموارد الطبيعية المشتركة، وإعلان نيويورك في الأول من فبراير ١٩٨٠م بشأن السياسات البيئية والأجراءات المتعلقة بالتنمية الاقتصادية، ومؤتمر نيروبي الذي نظمه برنامج الأمم المتحدة للبيئة في مايو ١٩٨٢م شدد على الوحدة الأساسية للنظام الأيكولوجي العالمي.

الصحة البيئية، تعاملت مع مشاكل الصرف الصحي التي كانت نشاط هام لمنظمة الصحة العالمية في أول جمعية الصحة العالمية عام ١٩٤٨م حيث أعطت لدراسة الصرف الصحي المقام الأول على قائمة الأولويات،

(١) صححتنا من سلامة كوكبنا، تقرير لجنة الصحة البيئية التابعة لمنظمة الصحة العالمية - منظمة الصحة العالمية - جنيف - ١٩٩٩م الصفحات ٢: ١٢.

وأنشأت منظمة الصحة العالمية في عام ١٩٤٩م لجنة من خبراء الصرف الصحي من الفرع التابع للأمانة العامة المسئولة عن هذه المسألة. هذا الأمر أتصل بكل من القضايا العامة المتعلقة بإمدادات المياه، وتلوث المياه، والتخلص من النفايات، وتلوث الهواء وأعمال السكنى أو المأوى. هذه الأسئلة لم تكن في الواقع دراسة مطروحة على الصعيد الدولي. أول استعراض لمشكلة تلوث الهواء من قبل لجنة خبراء منظمة الصحة العالمية منذ عام ١٩٥٧م: ١٩٦٥م لمشكلة تلوث الهواء. جميع هذه الجوانب تعرف اليوم بمسمى تلوث البيئة سواء بصورة مباشرة أو غير مباشرة حيث تؤثر في صحة الإنسان. بموجب قرار جمعية الصحة العالمية السابعة والعشرين رقم ٢٧/٤٩ عام ١٩٧٤م، "... أي تدهور للبيئة في نهاية المطاف قد تكون لها آثار سلبية على صحة الإنسان و... أي برنامج تحسين للبيئة يساهم في نهاية المطاف إلى النهوض والصحة ورفاهية البشر...».

المجتمع البيئي يتكون من عناصر كثيرة (الهواء، الماء، التربة، والمناخ) وهناك مخاطر بالنسبة للإنسان: من تلوث الهواء والماء والتربة والضوضاء. التدابير التي اعتمدت حتى اليوم عديدة.

مكافحة تلوث الهواء:

مسألة تلوث الغلاف الجوى تطرقت إليها بشكل خاص جانب من المنظمات الأوروبية. منذ عام ١٩٦٤م، والمجلس الأوروبي الذى أنشأ لجنة الخبراء المعنية بتلوث الغلاف الجوى. اعتمدت الجماعات الأوروبية في هذا الصدد عدة نصوص: منها المبادئ التوجيهية فى ٦ فبراير ١٩٧٠م و ٢ اغسطس ١٩٧٢م و فى ٢٤ حزيران / يونية ١٩٧٥م (الجريدة الرسمية للجماعات الأوروبية، ١٩٤/٣٢، المؤرخ ٢٥ تموز / يولية ١٩٧٥م).

اعتمدت الأمم المتحدة في ١٣ نوفمبر ١٩٧٩م اتفاقية بشأن تلوث الهواء لمسافة طويلة، والتي أعقبها الكثير من البرتوكولات، والتي كانت تهدف للحد من أنبعاث الملوثات فى الهواء حتى تتخفف للدرجات المسموح بها.

كما أعتمت الأمم المتحدة في ٢٢ مارس ١٩٨٥م اتفاقية فيينا لحماية طبقة الأوزون، والتي تهدف للحد من انبعاثات الغازات الدفيئة لحماية طبقة الأوزون بالغلاف الجوى.

مكافحة التلوث المائى

منذ عام ١٩٧١م، وجدت مجموعة مشتركة بين المنظمة البحرية الدولية / الفاو / اليونسكو / المنظمة العالمية للأرصاد الجوية ومنظمة الصحة العالمية والوكالة الدولية للطاقة الذرية، أصدرت هذه المجموعة تعليمات بالجوانب العلمية لحماية البيئة البحرية.

عقد مؤتمر الأمم المتحدة للموارد المائية، في مار دل بلاتا في الفترة من ١٤ إلى ٢٥ مارس ١٩٧٧م، وفي أعقاب أعد تقرير بصورة مشتركة من قبل منظمة الصحة العالمية والبنك الدولي للأنشاء والتعمير في عام ١٩٧٥م، شكلت لجنة توجيهية تتألف من ممثلين من مؤسسات منظومة الأمم المتحدة العاملة في مجال التنمية العامة لأمدادات المياه والمرافق الصحية (منظمة الأغذية والزراعة، والمنظمة العالمية للأرصاد الجوية ومنظمة الصحة العالمية وبرنامج الأمم المتحدة الانمائى، برنامج الأمم المتحدة للبيئة). منظمة الصحة العالمية قدمت للأمانة العامة لهذه المنظمة، التي كانت رئاستها عهدت الى نائب مدير برنامج الأمم المتحدة الانمائى. وفي أعقاب ذلك، أنشئت لجنة الأمم المتحدة المعنية بتوفير الموارد المائية كآلية مشتركة بين المنظمات الداخلة فى منظومة الأمم المتحدة عام ٢٠٠٣م. وتختص هذه اللجنة بدراسة الآتى:

- الإدارة المتكاملة لموارد المياه.
- مياه الشرب والصرف الصحى والصحة.
- التلوث.
- المياه العابرة للحدود.
- تغير المناخ وإدارة الكوارث.

- بناء القدرات.

- التمويل والتقييم.

وأطلقت برنامج عقد 'الماء من أجل الحياة' والهدف الرئيسي منه هو تعزيز الجهود الرامية إلى الوفاء بالالتزامات الدولية المعلنة بشأن المياه والقضايا المتصلة بالمياه بحلول عام ٢٠١٥ م.

وتشمل هذه الالتزامات الأهداف الإنمائية للألفية الرامية إلى خفض نسبة الأشخاص الذين لا يستطيعون الحصول على المياه الصالحة للشرب إلى النصف بحلول عام ٢٠١٥، ووقف الاستغلال غير المستدام للموارد المائية. وفي عام ٢٠٠٢ مفي مؤتمر القمة العالمي بجوهانسبيرغ، اعتمد هدفان آخران هما: وضع خطط متكاملة لإدارة الموارد المائية وتحقيق الكفاءة في استخدام المياه بحلول عام ٢٠٠٥، وخفض نسبة السكان الذين لا تتوفر لهم المرافق الصحية الأساسية إلى النصف بحلول عام ٢٠١٥ م.⁽¹⁾

التلوث الأرضي:

تلوث التربة هو سبب رئيسي لتضاعف الأصابات في المناطق الريفية، حيث معظم سكان العالم. منظمة الصحة العالمية قامت بإنشاء فريق للعلاج والتخلص من النفايات (١٩٦٧م)، ولجنة من الخبراء للحد من العلاج والتخلص من النفايات الصلبة (١٩٧١م). مؤتمر منظمة الأغذية والزراعة، الذي عقد في روما في الفترة من ٧ إلى ٢٦ نوفمبر ١٩٨١م، اعتمد الميثاق العالمي للتربة (راجع أ الفصل قبله، ومجلة البيئة القانونية، ١٩٨٢، العدد ٢، الصفحات ١٥١-١٥٢).

يجب علينا أن نجعل مكانا خاصا لمسألة التصحر، والتي تعرض على حد سواء الآثار المترتبة على الصحة. ومن أسباب التصحر، بل ينبغي أن تشمل الضغط السكاني (الناجم جزئيا عن الانخفاض في معدل وفيات)

1) <http://www.un.org/arabic/waterforlifedecade/index.html>

وتتمة الثروة الحيوانية (يرجع بصفة خاصة الى الرعاية البيطرية).
التصحر، والذي بات يهدد خاصة نصف أفريقيا، يؤدي مباشرة إلى تدهور
الحالة الغذائية للسكان المعنيين.

اعتمدت الأمم المتحدة اتفاقية لمكافحة التصحر في البلدان التي تعاني
من الجفاف الشديد و / أو من التصحر وبخاصة في أفريقيا في ١٤ أكتوبر
١٩٩٤م. وتهدف هذه الاتفاقية إلى مكافحة التصحر والتخفيف من آثاره وذلك
عن طريق إجراءات فعالة مدعومة بتعاون دولي بغرض الأسهم في تحقيق
التنمية المستدامة.

المبحث الثاني

القواعد القانونية الدولية الصحية المتعلقة بالتغذية

المفهوم الصحي للتغذية

الغذاء ضروري لاستمرار الحياة، وتسمى المواد الموجودة فيه
بالمغذيات أو بالعناصر الغذائية التي لها دور أساسي في الحفاظ على حياة
الإنسان. وتمتد هذه المغذيات، التي تشمل البروتينات والدهون والكربوهيدرات
والفيتامينات والعناصر المعدنية والماء، الإنسان بالطاقة والمواد البنائية
الضرورية لنموه وبقائه. وللغذاء أدوار مختلفة بالنسبة للفرد، فهو يشكل له
أهمية نفسية واجتماعية وأشباعية تعتبر بالنسبة له بمثابة محددات كمية
ونوعية للطعام الذي يستهلكه دون النظر لأعتبارات التغذية. وبالرغم من
أهمية هذه الأدوار للغذاء، إلا أن دوره الأساسي يتمثل في عملية تغذية الجسم
بصفة عامة.^(١)

[١] الغذاء والتغذية، سلسلة الكتاب الطبي الجامعي - منظمة الصحة العالمية، المكتب
الإقليمي لشرق المتوسط - القاهرة - ٢٠٠٥م - الصفحات من ١١ : ٨٠.

- ومن الجدير بالذكر في هذا الخصوص ماورد بذات المرجع والصفحات بأن
وظائف التغذية في الجسم ثلاثة وهي تزويد الجسم بالطاقة، والمساعدة في النمو
وترميم أنسجة الجسم، وتنظيم العمليات الحيوية للجسم. كما تنقسم المغذيات التي
تقوم بهذه الوظائف إلى ستة مجموعات هي: الكربوهيدرات، والدهون، والبروتين،
والأملاح المعدنية، والفيتامينات، والماء.

إن التجارة الدولية في الأغذية موجودة منذ آلاف السنين، حتى وقت ليس ببعيد، كانت تُنتج وتُباع وتُستهلك بشكل أساسي على نطاق محلي. وقد شهد القرن الأخير تنامياً هائلاً في حجم الأغذية المتبادلة على المستوى الدولي وأضحت كميات ونوعيات مختلفة من الأغذية تنتقل اليوم، أكثر من أي وقت مضى، إلى مختلف أنحاء المعمورة.

وتسهم المواصفات والخطوط التوجيهية ومدونات الممارسات الدولية المتعلقة بالأغذية والصادرة عن المدونة الغذائية في كفالة سلامة هذه التجارة الدولية بالأغذية ونوعيتها ونزاهتها. ويمكن للمستهلكين أن يتقروا بسلامة ونوعية المنتجات الغذائية التي يشترونها، كما يمكن للمستوردين أن يطمئنوا إلى أن الأغذية التي طلبوها ستأتي موافقة للمواصفات التي حددها.

مجموعة القواعد الدولية الصحية المتعلقة بالتغذية.

اهتمت منظمة الصحة العالمية منذ ولادتها بالتغذية. فأصدرت جمعية الصحة الأولى القرار رقم (١-٤٧) بتشكيل لجنة مشتركة مع منظمة الأغذية والزراعة على أن تعمل كجهاز استشاري لمنظمة الصحة العالمية. وتعرض قرارات اللجنة على جمعية الصحة لإصدار القرارات والتوصيات المتعلقة بالتغذية.^(١)

اهتمت الأمم المتحدة بالتغذية الصحية في جميع الأوقات بما فيها أوقات الأزمات، فأصدرت الجمعية العامة قرار بإنشاء برنامج الأمم المتحدة للأغذية العالمية عام ١٩٦٢م. ويختص البرنامج بالآتي:^(٢)

- ١- إنقاذ الأرواح وحماية سبل العيش في حالات الطوارئ.
- ٢- الحماية من الجوع الحاد والاستثمار في تدابير الاستعداد للكوارث والتخفيف من وطأتها.

(1) دليل قرارات جمعية الصحة العالمية والمجلس التنفيذي، ١٩٤٨م: ١٩٧٢م -

منظمة الصحة العالمية - مرجع سابق - ص ٨٣.

(2) المصدر: موقع البرنامج على شبكة المعلومات الدولية (الإنترنت)

- <http://www.wfp.org/>

٣- استعادة الحياة الطبيعية وسبل كسب العيش في الفترات التي تلي الصراعات أو الكوارث أو المراحل الانتقالية.

٤- الحد من الجوع المزمن ونقص التغذية.

٥- تعزيز قدرات الدول على الحد من الجوع، بما في ذلك استراتيجيات تسلم المشروعات والشراء المحلي.

وتنفيذا لبرنامج الأمم المتحدة للأغذية العالمية اللجنة المشتركة بين منظمة الأغذية والزراعة ومنظمة الصحة العالمية عقدت أول اجتماع لها في روما في الفترة من ٢٥ يونيو إلى ٣ يولية ١٩٦٣م، وعقدت اجتماعات منتظمة منذ ذلك الحين. أنشطة هذه اللجنة عديدة ومتنوعة، أبرزها التقنين الدولي الصحي للتغذية والذي يضم مجموعة كبيرة من القواعد التي تحقق التغذية للإنسان. قواعد التقنين الدولي الصحي للتغذية تحتوي على الآتي: (١)

أ) أنواع قواعد التقنين الدولي الصحي للتغذية ..

تنقسم قواعد التقنين الدولي الصحي للتغذية إلى:

— قواعد التكوين: من أجل تحديد المحتوى للمنتج ؛

— قواعد المطابقة: لمطابقة المنتج على القواعد ؛

— قواعد الجودة: من أجل إنشاء مستويات مختلفة من الجودة لنفس المنتج ؛

— قواعد وضع العلامات: لتوحيد أشكال المظهر الخارجي.

ولقد أصبحت مدونة الأغذية، المرجعية العالمية للمستهلكين ومنتجي الأغذية وصناعاتها وأجهزة مراقبة جودتها على الصعيد القطري وتجارتها على الصعيد الدولي. وقد ترك هذا الدستور آثاره العميقة على طريقة تفكير منتجي الأغذية وصناعاتها، فضلا عما حققه من زيادة وعي المستخدمين النهائيين أي المستهلكين. وقد امتدت آثاره إلى جميع القارات وأصبحت

1) Michel Bélanger – Droit International De La Santé – Economica – Paris – 1983 – pp. 206: 212.
- <http://www.codexalimentarius.org/about-codex/understanding-codex/en/>

مساهمته في حماية الصحة العامة والممارسات التزيهة في تجارة الأغذية تفوق كل تصور.

كما أكد القرار ٢٤٨/٣٩، الصادر عن الأمم المتحدة عام ١٩٨٥، أهمية مدونة الأغذية في حماية صحة المستهلكين، حيث تضمن هذا القرار خطوطا توجيهية لاستخدامها في بلورة سياسات حماية المستهلكين وإنفاذها. وتوصي هذه الخطوط التوجيهية بأن «تأخذ الحكومات في الاعتبار، عند صياغة سياساتها وخططها القطرية فيما يتعلق بالأغذية، حاجة جميع المستهلكين إلى الأمن الغذائي، وأن تدعم، بل وأن تطبق إلى أقصى حد ممكن، المواصفات الواردة في... الدستور الغذائي، أو في حال غيابها، غيرها من المواصفات الدولية للأغذية المقبولة عامة».

ب) القيمة القانونية لقواعد التقنين الدولي الصحي للتغذية

القيمة القانونية لقواعد التقنين الدولي الصحي للتغذية تنشأ من كونها توصيات تصدرها جمعية الصحة للدول الأعضاء والتي تلتزم بتقديم تقارير توضح مدى التزامها إذا قبلتها. ويتضح ذلك من خلال نمج هذه القواعد في القانون الداخلي للدول. وهناك ثلاثة طرق لقبول هذه القواعد كالتالي:

- القبول الصريح والبسيط.
- القبول كهدف (أي الاعتراف بأهمية القاعدة، ولكن الدولة تبقى فترة أطول أو أقصر من أجل القبول النهائي).
- القبول مع استثناءات محددة.

مما سبق يمكن اعتبار القبول شرطا أساسيا مهما كان شكله، وتقوم الدولة تخطر القبول للأمانة العامة للمنظمة وبالألتزام القانوني عليها.

الفصل الثانى . القواعد الوقائية لفئات الأفراد .

القواعد التشريعية الصحية المتعلقة بوقاية الأفراد هى مجموعة القواعد التى يكون محلها الأفراد بهدف حمايتهم مما قد يصيبهم من أمراض جسدية ونفسية واجتماعية. ويمكن تقسيم فئات الأفراد إلى ثلاثة فئات، يقوم الباحث باستعراضهم من خلال ثلاثة مطالب كالتالى:

- المبحث الأول: القواعد الوقائية لفئة الأفراد المعرضين للخطر.**
- المبحث الثانى: القواعد الوقائية للفئات العمرية المختلفة للأفراد.**
- المبحث الثالث: القواعد الوقائية لفئة الأفراد الأجانب.**

المبحث الأول . القواعد الوقائية لفئة الأفراد المعرضين للخطر .

نقصد بفئة الأفراد المعرضين للخطر بأنهم الأفراد الذين يتواجدون فى أماكن أو مراكز يتعرضون فيها لخطر الإصابة بالأمراض، بصفة عامة، سواء كانت جسدية أو نفسية أو اجتماعية. ونقسمهم إلى الآتى:

- المطلب الأول: العمال.**
- المطلب الثانى: المعوقون.**
- المطلب الثالث: الأفراد الموجودون بمراكز التعذيب.**

المطلب الأول . العمال .

العمال هم الأفراد الذين يكونون قوة العمل فى الدولة، ولهم دور كبير فى دفع عجلة الاقتصاد القومى للدول أو للمجتمع الدولى بصفة عامة. ومن الطبيعى أن وجود العمال فى المصانع أو الشركات، وقيامهم بإدارة دفعة العمل يعرضهم لخطر الإصابة بالأمراض المختلفة، ومن الثابت أن صحة العمال الجيدة تنعكس على الإنتاج من حيث الجودة والكمية.

ولذا اهتمت منظمة الصحة العالمية بصحة العمال وأصدرت أول جمعية صحة القرار رقم (١ - ٥١) في يوليو ١٩٤٨م يتضمن تشكيل لجنة مشتركة مع منظمة العمل الدولية تختص بدراسة كل مايتعلق بالصحة المهنية.^(١) وبمرور الوقت ازداد اهتمام منظمة الصحة العالمية بالصحة المهنية فأصدرت جمعية الصحة القرار رقم (٣٢ - ١٤) في مايو ١٩٧٩م، تدعو فيه الأمم المتحدة ووكالاتها المتخصصة للمزيد من دعم التعاون والعمل المشترك للصحة المهنية.^(٢) وعلى أثر ذلك، ووفقاً لما جاء بدستور منظمة العمل الدولية في المبدأ الثاني بالديباجة الخاصة بأهمية صحة العمال، أبرمت منظمة العمل الدولية عدة اتفاقيات تتعلق بخدمات الصحة والبيئة الصحية للعمل وهي الاتفاقية رقم ١٥٥ بتاريخ ١١ أغسطس عام ١٩٨٣م، والاتفاقية رقم ١٦١ بتاريخ ٢٦ يونيو ١٩٨٥م، والاتفاقية ١٨٧ بتاريخ ١ يوليو ٢٠٠٦م.^(٣) الغرض من هذه الاتفاقيات هو حماية صحة العمال من خلال تحقيق الأغراض الآتية:^(٤)

- ١- تحديد وتقييم المخاطر الناجمة عن العمل.
- ٢- المراقبة الصحية لمنشآت خدمات العمال (مطاعم، سكن، مستشفيات)
- ٣- تخطيط وتنظيم أماكن العمل، واختيار وصيانة الآلات والمعدات والمواد المستخدمة.
- ٤- وضع برامج لتحسين ممارسات العمل واختيار وتقييم المعدات الصحية.

-
- (1) دليل قرارات جمعية الصحة العالمية والمجلس التنفيذي، ١٩٤٨م: ١٩٧٢م - منظمة الصحة العالمية - مرجع سابق - ص ٣٨٢.
 - (2) دليل قرارات جمعية الصحة العالمية والمجلس التنفيذي، ١٩٧٣م: ١٩٨٤م - منظمة الصحة العالمية - مرجع سابق - ص ١٢٠.
 - (3) المصدر: موقع منظمة العمل الدولية بشبكة المعلومات الدولية (الإنترنت): <http://www.ilocarib.org.tt/projects/cariblex/conventions.shtml>
 - (4) المصدر: موقع اتفاقية منظمة العمل الدولية لخدمات الصحة المهنية بشبكة المعلومات الدولية (الإنترنت): <http://www.ilocarib.org.tt/projects/cariblex/conventions.shtml>

٥- الالتزام بالصحة المهنية والسلامة والنظافة، وتجهيز معدات الوقاية الفردية.

٦- مراقبة صحة العمال فيما يتعلق بالعمل.

٧- اتخاذ تدابير لإعادة التدريب المهني.

٨- توفير المعلومات والتدريب والتعليم في مجالات الصحة المهنية.

٩- تنظيم الأسعافات الأولية والعلاج لحالات الطوارئ.

١٠- تحليل الحوادث والأمراض المهنية بهدف مكافحتها.

أهتمت منظمة العمل الدولية على مدار تاريخها، بالحد الأدنى لسن العمل في مختلف أفرع النشاط الاقتصادي. فأبرمت عدة اتفاقيات لتحديد حد أدنى لسن العمل كالتالي:

١- الاتفاقية رقم ٥ للحد الأدنى لسن العمل في الصناعة بتاريخ ١٣ يونية ١٩٢١م، وعدلت بالاتفاقية رقم ٥٩ عام ١٩٣٧م.

٢- الاتفاقية رقم ١٠ للحد الأدنى لسن العمل في الزراعة بتاريخ ٣١ أغسطس ١٩٢٣م.

٣- الاتفاقية رقم ٧ للحد الأدنى لسن العمل في العمل البحري بتاريخ ٢٧ سبتمبر ١٩٢١م، وعدلت بالاتفاقية رقم ٥٨ عام ١٩٣٦م.

٤- الاتفاقية رقم ٦٠ للحد الأدنى لسن العمل في الأعمال غير الصناعية بتاريخ ٢٩ ديسمبر ١٩٥٠م.

٥- الاتفاقية رقم ١٢٣ للحد الأدنى لسن العمل في الأعمال تحت سطح الأرض بتاريخ ١٠ نوفمبر ١٩٦٧م.

٦- الاتفاقية رقم ١١٢ للحد الأدنى لسن العمل في أعمال صيد السمك بتاريخ ٧ نوفمبر ١٩٦١م.

جاءت الاتفاقية رقم ١٣٨ بتاريخ ١٩ يونية ١٩٧٦م، لتضع سن موحد كحد أدنى لجميع الأنشطة الاقتصادية بغرض القضاء على عمالة الأطفال، وهو سن الخامسة عشر أو السن التي تنتهي عنده الدراسة الإلزامية

مع جواز الاستثناء لحد السن ١٤ للدول النامية على أن تبين للمنظمة الأسباب التي دفعتها لذلك. أما بالنسبة للأعمال التي تتطوى على خطر على الصحة أو الأخلاق فيكون الحد الأدنى للسن ١٨ عاما:

أعتمدت منظمة العمل الدولية الاتفاقية رقم ١٧١ بتاريخ ٢٦ يونيو ١٩٩٠م، بشأن تنظيم العمل الليلي. عرفت الاتفاقية العمل الليلي بأنه أى عمل يؤدي خلال فترة لا تقل عن سبع ساعات متصلة يتخللها المدة من منتصف الليل إلى الساعة الخامسة صباحا. وتتخذ لهم التدابير الآتية:

- يحق للعمال، بناء على طلبهم، أن يوقع عليهم مجانا تقييما لحالتهم الصحية ولأن يتلقوا المشورة عن كيفية تخفيف أو تجنب المشاكل الصحية المرتبطة بعملهم.

- لا يجوز أن تبلغ نتائج هذه التقييمات للغير دون موافقة العمال المعنيين، ولا يجوز أن تستخدم في غير صالحهم.

- تتاح للعمال الذين يؤدون عملا ليلا تسهيلات مناسبة للإسعافات الأولية.
- ينقل، كلما أمكن، العمال الليليون الذين يشهد بأنهم غير لائقين للعمل الليلي إلى وظيفة مماثلة يكونون لائقين لها.

- يمنح هؤلاء العمال، إذا تعذر نقلهم نفس الإعانات التي تمنح للعمال العاجزين عن العمل.

- تراعى طبيعة العمل الليلي عند تعويض العمال الليليين في شكل مزايا في وقت العمل أو الأجر أو أى مزايا مماثلة.

- توفر خدمات اجتماعية مناسبة للعمال الليليين.

كما أعتمدت منظمة العمل الدولية الاتفاقية رقم ١٨٢ بتاريخ ١٧ يونيو ١٩٩٩م، والتي تحظر أسوأ أشكال عمالة الأطفال. وتهدف الاتفاقية إلى:

- القضاء على كافة أشكال الرق أو الممارسات الشبيهة بالرق، كبيع الأطفال والإتجار بهم وعبودية الدين والقنانة والعمل القسرى أو الإجبارى، بما

فى ذلك التجنيد القسرى أو الاجبارى، للأطفال لاستخدامهم فى صراعات مسلحة.

- والقضاء على استخدام طفل أو تشغيله أو عرضه لأغراض الدعارة، لإنتاج أعمال إباحية أو أداء عروض إباحية.
- والقضاء على استخدام طفل أو تشغيله أو عرضه لمزاولة أنشطة غير مشروعة، ولا سيما إنتاج المخدرات بالشكل الذى حددته المعاهدات الدولية ذات الصلة والاتجار بها.
- والقضاء على الأعمال التى يرجح أن تؤدى، بفعل طبيعتها أو بفعل الظروف التى تزاول فيها، إلى الإضرار بصحة الأطفال أو سلامتهم أو سلوكهم الأخلاقى.

كما أعتمدت منظمة العمل الدولية الاتفاقية رقم ٩٠ بتاريخ ١٠ يولية ١٩٤٨م، بشأن عمل الأحداث ليلا. وعرفت الاتفاقية العمل الليلي فى حالة الأحداث للذين يقل سنهم عن السادسة عشر بالفترة الواقعة بين العاشرة مساء والسادسة صباحا، مع حظر تشغيلهم بهذه الفترة. ويستثنى مما سبق، الأحداث ما بين عامى ١٦ و ١٨ عاما العمل لأغراض التلمذة الصناعية أو التدريب المهنى.

وأعتمدت منظمة العمل الدولية الاتفاقية رقم ١٨٣ بتاريخ ١٥ يونيه ٢٠٠٠م، بشأن حماية الأمومة والعمل. تهدف الاتفاقية إلى قيام كل دولة بإتخاذ تدابير مناسبة لضمان ألا تضطر المرأة الحامل أو المرضع إلى عمل تعتبره السلطة المختصة ضارا جدا بصحة الأم أو الطفل، أو حيث يتقرر بقييم بوجود خطر جسيم على صحة الأم أو صحة طفلها.

وأعتمدت منظمة العمل الدولية عدة اتفاقيات دولية بشأن الفحص الطبى قبل العمل وأثنائه كالتالى:

- ١- الاتفاقية رقم ١٦ بتاريخ ٢٠ نوفمبر ١٩٢٢م، بشأن الفحص الطبى الاجبارى للأطفال والأحداث المستخدمين على ظهر السفن.

- ٢- الاتفاقية رقم ٧٣ بتاريخ ٢٩ يونية ١٩٤٦م، بشأن الفحص للبحارة.
- ٣- الاتفاقية رقم ٧٧ بتاريخ ٩ أكتوبر ١٩٤٦م، بشأن الفحص الطبى لتقرير لياقة الأحداث والشباب للعمل فى الصناعة.
- ٤- الاتفاقية رقم ٧٨ بتاريخ ٩ أكتوبر ١٩٤٦م، بشأن الفحص الطبى للياقة الأطفال والأحداث للاستخدام فى المهن غير الصناعية.
- ٥- الاتفاقية رقم ١٢٤ بتاريخ ١٣ يونيه ١٩٦٥م، بشأن الفحص الطبى للأحداث لضمان لياقتهم للاستخدام فى المناجم تحت سطح الأرض.
- وعلى أثر اعتماد منظمة العمل الدولية عدة اتفاقيات تقرر الضمان الاجتماعى وإعانات العجز فى عدة أنشطة اقتصادية، أتمدت الاتفاقية رقم ١٥٧ بتاريخ ٢١ يونية ١٩٨٢م بشأن إقامة نظام دولى للحفاظ على الحقوق فى مجال الضمان الاجتماعى. تنطبق هذه الاتفاقية على جميع أنواع فروع الضمان الاجتماعى وهى:

- الرعاية الطبية.
- إعانات المرض.
- إعانات الأمومة.
- إعانات العجز.
- إعانات الشيخوخة.
- إعانات الوراثة.
- إعانات حوادث العمل والأمراض المهنية.
- إعانات البطالة.

كما أتمدت منظمة العمل الدولية الاتفاقية رقم ١٢٧ بتاريخ ٢٨ يونية ١٩٦٧م، بشأن الحد الأقصى للأثقال التى يسمح لعامل واحد بحملها. حددت الاتفاقية تعريف العامل بأنه الشخص الذى لا يقل عمره عن ثمانية عشر عاماً، ولا يكلف أى عامل أو يسمح له بالاقدام على أن ينقل يدويا أى حمل قد يؤدى بسبب وزنه إلى تعريض صحته أو سلامته للخطر.

وأعتمدت منظمة العمل الدولية الاتفاقية رقم ١٣٩ بتاريخ ٢٤ يونية ١٩٩٧م، بشأن الوقاية والسيطرة على الاخطار المهنية الناتجة عن المواد والعوامل المسببة للسرطان. أتخذت هذه الاتفاقية عدة تدابير تحقيقا للهدف من الاتفاقية منها الآتى:

- ١- تبذل كل دولة عضو قصارى جهدها للاستعاضة عن المواد والعناصر المسببة للسرطان التى يمكن أن يتعرض لها العمال أثناء عملهم بمواد أو عوامل لا تسبب السرطان أو بمواد أو عوامل أقل ضررا.
- ٢- يخفض عدد العمال المعرضين لمواد أو عناصر مسببة للسرطان، وكذلك مدة ومستوى التعرض إلى حد يكفل السلامة.
- ٣- تتخذ كل دولة عضو تدابير للفحص الطبى أو البيولوجى وتحاليل أخرى لازمة لتقييم مدى تعرضهم.
- ٤- تتخذ كل دولة عضو التدابير اللازمة لإعلام العامل الذى تعرض للأصابة بالمعلومات الكاملة عن إصابته، مع التكفل بعلاجه.

المطلب الثانى .

المعوقون .

حظى المعوقون باهتمام خاص من جانب الأمم المتحدة منذ نشأتها. (١) ويبلغ حوالى ١٠ ٪ من سكان العالم من المعوقين (أكثر من ٦٥٠ مليون شخص)، ما يقرب من ٨٠% منهم يعيشون فى الدول النامية. (٢)

-
- ١ - الإعلان العالمى لحقوق الانسان الصادر بقرار الجمعية العامة رقم ١٥٥ فى ٨ ديسمبر/١٩٤٨م - الوثيقة رقم (III) A/RES/217 - الأمم المتحدة.
 - المبدأ الخامس من إعلان حقوق الطفل المتعلق بحماية المتطلبات الخاصة للأطفال المعوقين الصادر بقرار الجمعية العامة رقم ١٣٨٦ فى ٢٠ نوفمبر/١٩٥٩م - الوثيقة رقم (XIV) A/RES/1386 - الأمم المتحدة.
 - إعلان بشأن حقوق الأشخاص المتخلفين عقليا، الصادر بقرار الجمعية العامة رقم ٢٨٥٦ فى ٢٠ ديسمبر/١٩٧١م - الوثيقة رقم (XXVI) A/RES/2856 - الأمم المتحدة.

- ٩- الإعلان الخاص بحقوق المعوقين الصادر بقرار الجمعية العامة رقم ٣٤٤٧ فى ٩ ديسمبر/١٩٧٥م - الوثيقة رقم - الأمم المتحدة. A/RES/3447 (XXX)
- ٢) Convention on the Right of Persons with Disabilities: Roles and Responsibilities of the Health Sector- World Health Organization, Regional Office For South-East Asia- 2010 - pp. 1:5.

وبالرغم العديد من القرارات التي أصدرتها الأمم المتحدة بشأن المعوقين إلا أنها لم تتضمن أية تعريف للإعاقة أو العجز، حتى اعتمدت اتفاقية حقوق الأشخاص ذوي الإعاقة في ١٣ ديسمبر ٢٠٠٦م ودخلت حيز النفاذ في ٣ مايو ٢٠٠٨م، فنصت الفقرة (٢) من المادة الأولى بأن "الأشخاص ذوي الإعاقة هم أولئك الذين يعانون من عاهات طويلة الأجل بدنية أو عقلية أو ذهنية أو حسية وهي التي تعوق مشاركتهم الكاملة والفعالة في المجتمع على قدم المساواة مع الآخرين".^(١)

١ (من الجدير بالذكر في هذا الخصوص مايلي:

- في ديسمبر ٢٠٠١ اقترحت المكسيك على الجمعية العامة أن تنشئ لجنة مخصصة للنظر في المقترحات المتعلقة بوضع اتفاقية دولية شاملة ومتكاملة لحماية حقوق وكرامة الأشخاص المعوقين. وعقدت اللجنة المخصصة دورتها الأولى في أغسطس من عام ٢٠٠٢م، لتحديد الإجراءات اللازمة لمشاركة المجتمع المدني خلال المفاوضات المقبلة.
- الدورة الثانية للجنة اجتمعت في أغسطس من عام ٢٠٠٣م، وأنشئت فريق عمل لإعداد مشروع الاتفاقية يتألف من سبعة وعشرين من ممثلي الحكومات، واثني عشر ممثلاً من المنظمات غير الحكومية وممثل واحد للمؤسسات الوطنية لحقوق الإنسان.
- في يناير ٢٠٠٤م، اجتمع الفريق العامل وأصدر مستودة لنص الاتفاقية، مع الأخذ في الاعتبار مشاريع النصوص العديدة التي تقدمها الدول وغيرها.
- في الفترة من مايو إلى يونيو عام ٢٠٠٤م عقدت الدورة الثالثة للجنة لقراءة مشروع الاتفاقية للفريق العامل. وناقشت اللجنة ما إذا كان ينبغي أن تجتمع في جلسة مغلقة في المستقبل في وجود منظمات المجتمع المدني ومؤسسات حقوق الإنسان الوطنية.
- مع انعقاد الدورة الرابعة للجنة تمكنت من الانتهاء من القراءة الأولى لمشروع النص. وأكدت على مشاركة منظمات المجتمع المدني ومؤسسات حقوق الإنسان الوطنية في دورات اللجنة.
- الدورة الخامسة للجنة عقدت في الفترة من يناير إلى فبراير عام ٢٠٠٥م حيث دارت مشاورات غير رسمية بشأن مشاريع مواد محددة. وسمح لمنظمات المجتمع المدني، ومؤسسات حقوق الإنسان الوطنية والمنظمات الحكومية الدولية لحضور المشاورات غير الرسمية على الرغم من أن الدول وحدها هي التي لها الحق في ذلك.

الغرض والهدف من الاتفاقية هو تعزيز وحماية وكفاية تمتع جميع الأشخاص ذوي الإعاقة تمتعا كاملا على قدم المساواة مع الآخرين بجميع حقوق الإنسان وحياته الأساسية، وتعزيز احترام كرامتهم الإنسانية. النهج القانوني الصحي الذي تقوم عليه الاتفاقية يستند على صحة المعاقين بصفة عامة سواء للجانب الجسدي أو النفسي أو الاجتماعي. فبالنسبة للجانب الجسدي استندت الاتفاقية على العلاج وإعادة التأهيل، فنصت المادة ٢٥ على الالتزام بتوفير برامج الرعاية الصحية للمعوقين مجانا أو

-
- عقدت الدورة السادسة للجنة في أغسطس ٢٠٠٥م. أعد الرئيس نصا منقحا، يعكس المناقشات التي جرت في الدورات السابقة لعرضها في جلسات الدورة السابعة للجنة. تم الانتهاء من إعداد مشروع الاتفاقية حيث قدم للرئيس في الدورة السابعة للجنة في يناير ٢٠٠٦م.
 - قادت المكسيك مشاورات غير رسمية بشأن الاتفاقية من مايو إلى أغسطس ٢٠٠٦م. وفي أغسطس عقدت الدورة الثامنة للجنة بعد الانتهاء من المفاوضات بشأن مشروع الاتفاقية والبروتوكول الاختياري المنفصل.
 - اعتمدت الجمعية العامة للأمم المتحدة بتوافق الآراء اتفاقية حقوق الأشخاص ذوي الإعاقة وبروتوكولها الاختياري. وتمثل أسرع عملية تفاوض على اتفاقية في تاريخ الأمم المتحدة، مع مستويات غير مسبقة من مشاركة منظمات المجتمع المدني.
 - في ٣٠ مارس ٢٠٠٧م فتح باب التوقيع على الاتفاقية والبروتوكول الاختياري بمقر الأمم المتحدة في نيويورك، مع عدد قياسي من الدول الموقعة بلغ ٨٢ دولة.
 - ودخلت الاتفاقية حيز التنفيذ في ٨ مايو ٢٠٠٨م بعد إيداع وثيقة التصديق العشرين (م ٤٥).
 - كما تقدمت حكومة جمهورية مصر العربية بإعلان تفسيري يتعلق بالمادة ١٢ من الاتفاقية المتعلقة بمساواة المعاقين مع الغير أمام القانون المصري، وفسرت مفهوم الأهلية القانونية التي تناولها الفقرة ٢ من ذات المادة المذكورة، هو أن الأشخاص ذوي الإعاقة يتمتعون بالقدرة على اكتساب الحقوق وتحمل المسؤولية القانونية ولكن ليس القدرة على أداء، وفقا للقانون المصري.
 - المصدر: موقع اتفاقية الأمم المتحدة لحقوق الأشخاص المعوقين على شبكة المعلومات الدولية (الإنترنت):

- <http://www.un.org/disabilities/>

بتكلفة مناسبة، مع توفير ما قد يحتاج إليه الأشخاص ذوي الإعاقة من خدمات صحية بسبب إعاقاتهم مع توفير أماكن تقديم هذه الخدمات في أقرب مكان. أما في مجال إعادة التأهيل نصت المادة ٢٦ على التزام الدول الأطراف بتوفير خدمات وبرامج شاملة للتأهيل وتعزيزها وتوسيع نطاقها في مجالات الصحة والعمل والتعليم والخدمات الاجتماعية. وبالنسبة للجانب الاجتماعي فتحتوى الاتفاقية على الأحكام الآتية: (١)

- (١) احترام كرامة الأشخاص المتأصلة واستقلالهم الذاتي بما في ذلك حرية تقرير خياراتهم بأنفسهم.
- (٢) عدم التمييز بين المعاقين وغيرهم ؛
- (٣) مشاركة المعاقين الكاملة والفعالة والاندماج في المجتمع ؛
- (٤) احترام الفوارق وقبول الأشخاص ذوي الإعاقة كجزء من التنوع البشري والطبيعة البشرية ؛
- (٥) الالتزام بتكافؤ الفرص ؛
- (٦) المساواة بين الرجل والمرأة المعاقين ؛
- (٧) احترام قدرات الأطفال المعوقين واحترام حق الأطفال المعوقين كغيرهم.

على أن تتخذ الدول الأطراف التدابير المناسبة الرامية إلى الآتى:

- ١- وضع معايير دنيا ومبادئ توجيهية لتهيئة إمكانية الوصول إلى المرافق والخدمات المتاحة لعامة الجمهور، ونشر هذه المعايير والمبادئ و رصد تنفيذها.
- ٢- كفالة أن تراعى الكيانات الخاصة التي تعرض مرافق وخدمات متاحة لعامة الجمهور جميع جوانب إمكانية وصول الأشخاص ذوي الإعاقة إليها.

١ (المصدر: موقع اتفاقية الأمم المتحدة لحقوق الأشخاص المعوقين على شبكة المعلومات الدولية (الإنترنت):

- <http://www.un.org/disabilities/>

- ٣- توفير التدريبات للجهات المعنية بشأن المسائل المتعلقة بإمكانية الوصول التي تواجه الأشخاص ذوي الإعاقة.
 - ٤- توفير لافتات تعمل بطريقة برايل وبأشكال يسهل قراءتها وفهمها في المباني العامة والمرافق الأخرى المتاحة للجمهور.
 - ٥- توفير أشكال من من المساعدة البشرية والوسطاء، لتيسير إمكانية الوصول إلى المباني والمرافق الأخرى المتاحة للجمهور.
 - ٦- تشجيع أشكال المساعدة والدعم الأخرى للأشخاص ذوي الإعاقة لضمان حصولهم على المعلومات.
 - ٧- تشجيع إمكانية وصول الأشخاص ذوي الإعاقة إلى تكنولوجيات ونظم معلومات والاتصال الجديدة، بما فيها شبكة الإنترنت.
 - ٨- تشجيع تصميم وتطوير وإنتاج وتوزيع تكنولوجيات ونظم معلومات واتصالات يمكن للأشخاص ذوي الإعاقة الوصول إليها، كي تكون هذه التكنولوجيات والنظم في المتناول بأقل تكلفة.
- وفي عام ٢٠٠٧م، أعتمدت الأمم المتحدة البرتوكول الاختياري لاتفاقية حقوق الأشخاص ذوي الإعاقة، الذي أنشئ لجنة لفحص البلاغات المقدمة من الأفراد أو المجموعات ضد انتهاك أي دولة لالتزاماتها الواردة بالاتفاقية. أستهجنت الاتفاقية، البلاغات المجهولة المصدر أو التي تتضمن تعسف في استعمال الحق أو تتضمن شكوى بدون أدلة وبراهين. وتتوخى اللجنة السرية التامة بالنسبة للمبلغ عند إعلان الدولة التي تتقدم في خلال ستة أشهر ببيانات أو تفسيرات مكتوبة توضح فيها موقفها في موضوع البلاغ. تقوم اللجنة بعد ذلك بلفت نظر الدولة إلى ضرورة تفادي موضوع البلاغ إذا ثبت تورطها بعدم الالتزام بأحد أو بكل التزامات الاتفاقية.

المطلب الثالث الأفراد الموجودون بمراكز التعذيب

اهتم المجتمع الدولي بهذه المسألة مؤخراً، ويرجع ذلك إلى الاختلاف بسبب دوافع بعض الدول المتعلقة بإنشاء مثل تلك للمراكز لحماية أمنها المعرض أو المهدد بالخطر، وبناء على ذلك تدعي الدولة لنفسها الحق في هذا التصرف في سبيل استجواب الأفراد تحقيقاً لأمنها.^(١)

أقرت الأمم المتحدة عدم جواز تعذيب أى إنسان أو تعرضه للمعاملة أو للعقوبة القاسية أو اللاإنسانية أو المهينة بالمادة الخامسة من الإعلان العالمى لحقوق الإنسان وبالمادة السابعة بالعهد الدولى لحقوق المدنية والسياسية. بعد ذلك اعتمدت الجمعية العامة للأمم المتحدة الإعلان المتعلق بحماية جميع الأشخاص من مراكز التعذيب وغيره من ضروب المعاملة أو العقوبة اللاإنسانية أو المهينة (٩ ديسمبر، ١٩٧٥م).

وقد كلفت الجمعية العامة للأمم المتحدة منظمة الصحة العالمية بتنفيذ ما جاء بالقرارات أرقام ٣٢١٨ (د-٢٩)، ٣٤٥٣ (د-٣٠)، بوضع مشروع لمجموعة قواعد آداب مهنة الطب التى تتعلق بحماية الأشخاص الذين يتعرضون لأى شكل من أشكال الاعتقال أو السجن، ومن التعذيب وغيره من ضروب المعاملة أو العقوبة القاسية أو اللاإنسانية أو المهينة.^(٢) وبناء عليه أصدرت جمعية الصحة بقرارها رقم (٣٠ - ٣٢) فى مايو ١٩٧٧م مجموعة قواعد آداب مهنة الطب، وكلفت المدير العام إبلاغها للأمين العام للأمم المتحدة.^(٣)

1) Michel Bélanger – Droit International De La Santé – op. cit.- pg. 267.

2) المصدر موقع قرارات الجمعية العامة للأمم المتحدة بشبكة المعلومات الدولية (الإنترنت):

- <http://www.un.org/documents/resga.htm>.

3) دليل قرارات جمعية الصحة العالمية والمجلس التنفيذى، ١٩٧٣م: ١٩٨٤م - منظمة الصحة العالمية - مرجع سابق - ص ٤٨٤.

تم إحراز تقدم للأليات القانونية خلال الثمانينات لحظر التعذيب وإنفاذها. فأنشئت الأمم المتحدة صندوق للتبرعات لضحايا التعذيب بقرار الجمعية العامة في عام ١٩٨١م لتمويل المنظمات التي تقدم المساعدة لضحايا التعذيب وأسره^(١). كما اهتمت الأمم المتحدة بصحة السجناء، فاعتمدت الجمعية العامة قرارا يتعلق بالمبادئ الأساسية لمعاملة السجناء رقم ١١١/٤٥ بتاريخ ١٤ ديسمبر ١٩٩٠م. وقد خص القرار المبدأ التاسع بصحة السجناء فالزم الدول بتوفير الخدمات الصحية للسجناء نون تميز لأي سبب^(٢).
بعد ذلك اعتمدت اتفاقية مناهضة التعذيب وغيره من ضروب المعاملة أو العقوبة القاسية أو اللاإنسانية أو المهينة من جانب الجمعية العامة للأمم المتحدة في ١٠ ديسمبر ١٩٨٤م ودخلت حيز النفاذ في ٢٦ يونيو ١٩٨٧م^(٣).

عرفت الاتفاقية التعذيب بأنه: " أي عمل ينتج عنه ألم شديد أو حاد ومعاناة، سواء كان بدنيا أو عقليا، يلحق عمدا بشخص ما من جانب الموظفين العموميين أو بتحريض، لأغراض مثل الحصول من هذا الشخص أو من شخص ثالث، على معلومات أو على اعتراف، أو معاقبته على فعل ارتكبه أو يشتبه في أنه قد ارتكبه، أو تخويفه أو تخويف أشخاص آخرين^(٤)."

١) Convention against Torture and Other Cruel, Inhuman or Degrading Treatment or Punishment - World Health Organization, Regional Office For The Eastern Mediterranean , Cairo, pg.1.

٢) الوثيقة رقم A/RES/45/111 - الأمم المتحدة - ص ٢٥٤.

٣) الوثيقة رقم A/RES/39/46 - الأمم المتحدة - ص ٢٨٩.

- ومن الجدير بالذكر أن أطراف الاتفاقية بلغ ١٤٦ دولة منهم حكومة جمهورية مصر العربية التي صدقت على الاتفاقية بتاريخ ٢٥ يونيو ١٩٨٦م، ولم تقبل بالبروتوكول الاختياري الخاص بالاتفاقية المعتمد في ٢٢ يونيو ٢٠٠٢م.

- المصدر: موقع الأمم المتحدة بشبكة المعلومات الدولية (الأنترنت):
http://treaties.un.org/Pages/ViewDetails.aspx?src=IND&mtdsg_no=IV-9&chapter=4&lang=en

٤) الوثيقة رقم A/RES/3452 - الأمم المتحدة - ص ٢٢٦.

وننقد هذا التعريف لأنه يتعلق بالألم الشديد أو الحاد والمعاناة فقط بينما التعذيب هو الألم الجسدى والعقلى، فالتعذيب ليس فعلا لإنسانيا فقط، ولكنه فعل حيوانى وليس بالضرورة حدوث الألم الشديد أو الإصابة من التعذيب أو المعاناة، بل يكفى الإحساس به.

لم يختلف تعريف التعذيب بالاتفاقية عن سابقه بإعلان الأمم المتحدة المتعلق بحماية جميع الأشخاص من مراكز التعذيب ١٩٧٥م، بينما نصت على عدم جواز التذرع بأية ظروف استثنائية أو أوقات الحرب أو بالأوامر الصادرة عن موظفين نو سلطة عليا كمبرر للتعذيب.

كما ألزمت الدول بعدم طرد أى شخص أو إعادته إذا توافرت لديها أسباب حقيقية تدعو للأعتقاد بأن هذا الشخص سوف يتعرض للتعذيب (المادة ٢). كما تلتزم كل الدول بتجريم كافة أنواع التعذيب بقانونها الجنائى، مع كفالة معاملة عادلة فى جميع إجراءات التقاضى. وتوفر الاتفاقية أساسا قانونيا لتبادل المجرمين المتهمين بمثل هذه القضايا، فى حالة عدم وجود اتفاقيات تسليم المجرمين بين الدول.

تلتزم الاتفاقية الدول الأطراف، بتشجيع التعليم والأعلام لموظفيها المسند إليهم إنفاذ القانون بحظر التعذيب وغيره من ضروب المعاملة أو العقوبة القاسية أو اللاإنسانية أو المهينة. وتضمن كل دولة طرف لأى فرد يدعى أنه قد تعرض للتعذيب على أراضى خاضعة لولاياتها القضائية، الحق فى أن يرفع شكوى لسلطاتها على أن تنظرها هذه السلطة على وجه السرعة والنزاهة، والالتزام بضمان حماية مقدم الشكوى والشهود من أى اعتداء أو أكرام.

ومن الناحية الصحية تلتزم كل دولة فى نظامها القانونى، بإنصاف كل من يتعرض لأى عمل من أعمال التعذيب وتمتعه بحق قابل للتنفيذ فى تعويض عادل ومناسب بما فى ذلك وسائل إعادة تأهيله على أكمل وجه

ممکن، وفى حالة وفاته نتيجة التعذيب يكون للأشخاص الذين كان يعولهم الحق فى التعويض (المادة ١٤).

وبمقتضى المادة ١٧ تنشئ لجنة مناهضة التعذيب، وتشكل من عشرة خبراء على مستوى أخلاقى عال ومشهود لهم بالكفاءة فى ميدان حقوق الإنسان، ويعملون بصفاتهم الشخصية. وتقوم الدول الأطراف بانتخابهم مع مراعاة التوزيع الجغرافى العادل وفائدة اشتراك الأشخاص من ذوى الخبرة القانونية. ويتم انتخابهم لمدة أربعة سنوات فقط على أن يكونوا مؤهلين لإعادة انتخابهم مرة أخرى. وتحمل الدول الأطراف نفقات أعضاء اللجنة أثناء تأديتهم لوظيفتهم المتعلقة باللجنة. كما تقوم اللجنة باختيار أعضاء مكتبها وتضع نظامها الداخلى.

تقوم الدول الأطراف بتقديم تقارير عن مدى التزامها بالاتفاقية فى غضون عام من بدء نفاذ الاتفاقية، وبعد ذلك كل أربعة سنوات عن أى تدابير جديد للالتزامات بالاتفاقية. هذه التقارير تعرض على الدول الأطراف. وتنتظر اللجنة فى كل تقرير، ولها أن تبدى تعليقاتها وأن ترسلها للدولة الطرف، وللدولة أن ترد بما ترتثيه.

إذا تلقت اللجنة أية معلومات موثوقا فيها تتضمن دلائل على أساس قوى تشير إلى أن تعذيبا يمارس على نحو منظم فى أراضى دولة طرف، تدعو اللجنة الدولة إلى التعاون فى دراسة تلك المعلومات. وللجنة بعد أن تأخذ فى اعتبارها أية ملاحظات تكون قد قدمتها الدولة الطرف وأية معلومات متاحة لها، ولها أن تعين عضوا أو أكثر لأجراء تحقيق سرى وتقديم تقريراً بذلك للجنة بصورة مستعجلة. تخطر اللجنة الدولة الطرف بما أسفرت عنه التحقيقات، وينشر موجز بذلك بالتقرير السنوى لأعمال اللجنة. وإذا كان البلاغ مقدم من دولة طرف يتم التحقيق فيه وحله بوسائل الانتصاف وتسويته وفقا لقواعد القانون الدولى العام.

ولإنعقاد اختصاص اللجنة بتلقى بلاغات من شخص أو أشخاص أو من شخص نيابة عن آخرين، يلزم أن تعلن الدولة الطرف اختصاص اللجنة بذلك. ولكي تقوم اللجنة بفحص مثل تلك البلاغات فينبغى أن يراعى الأتى:

١- لايجوز أن تتلقى اللجنة بلاغات غير موقعة أو تتضمن اساءة لاستعمال حق تقديم تلك البلاغات أو أنه لا يتفق مع أحكام هذه الاتفاقية.

٢- أن موضوع البلاغ لم يتم فحصه أو يتم فحصه بموجب إجراء آخر من إجراءات التحقيق أو التسوية الدولية.

٣- أن يكون الشخص قد أستنفد جميع وسائل الانتصاف المحلية المتاحة، على أن لا تسرى هذه القاعدة فى حالة اطالة أمد مدة تطبيق وسائل الانتصاف بصورة غير معقولة.

يحق لأعضاء اللجنة ولجان التوفيق التى تنشئها اللجنة التمتع بجميع التسهيلات والامتيازات والحصانات التى يتمتع بها الخبراء الموفدون فى مهام متعلقة بالامم المتحدة كما هو منصوص عليه فى اتفاقية امتيازات الأمم المتحدة وحصاناتها.

وبتاريخ ١٨ ديسمبر ٢٠٠٢م، أعتمدت الأمم المتحدة البرتوكول الاختيارى لاتفاقية مناهضة التعذيب وغيره من ضروب المعاملة أو العقوبة القاسية أو اللإنسانية أو المهينة. يهدف البروتوكول إلى إنشاء نظام قوامه القيام بزيارات منتظمة تضطلع بها هيئات دولية ووطنية مستقلة للأماكن التى يحرم فيها الأشخاص من حريرتهم، وذلك بغية منع التعذيب وغيره من ضروب المعاملة أو العقوبة القاسية أو اللإنسانية أو المهينة.

أنشأت الاتفاقية لجنة فرعية لمنع التعذيب وغيره من ضروب المعاملة أو العقوبة القاسية أو اللإنسانية أو المهينة. تؤدى هذه اللجنة مهامها فى ضوء ميثاق الأمم المتحدة وتسترشد بمقاصده ومبادئه وكذلك بالمعايير التى وضعتها الأمم المتحدة لمعاملة الأشخاص المحرومين من حريرتهم، كما تسترشد اللجنة بمبادئ السرية والنزاهة وعدم الانتقائية والشمولية

والموضوعية. كما تنشئ كل دولة طرف هيئة واحدة أو أكثر على المستوى المحلي لمنع التعذيب وغيره من ضروب المعاملة أو العقوبة القاسية أو اللاإنسانية أو المهينة.

تسمح كل الدول الأطراف في البروتوكول لهذه اللجان الدولية أو المحلية بزيارات لأي مكان يخضع لولاياتها أو لسيطرتها وفيه أشخاص محرومون أو يمكن أن يكونوا محرومون من حرياتهم بموجب أمر صادر من سلطة عامة أو بناء على إيعاز منها أو بموافقتها أو سكوتها، بهدف منع التعذيب وغيره من ضروب المعاملة أو العقوبة القاسية أو اللاإنسانية أو المهينة.

تتألف اللجنة الفرعية للبروتوكول من عشرة أعضاء، وبعد تصديق الدولة الخمسين تصبح عددها خمسة وعشرون عضواً، على أن يتم انتخابهم من بين الشخصيات التي تتمتع بخلق رفيع وخبرة مهنية مشهود لهم بها في ميدان إقامة العدل وخاصة في القانون الجنائي أو إدارة السجون أو شتى الميادين المتصلة بمعاملة الأشخاص المحرومين من حرياتهم. ويراعى انتخابهم وفقاً لأعتبارات التوزيع الجغرافي العادل ولتمثيل مختلف أشكال الحضارة والنظم القانونية للدول الأطراف، مع تمثيل كلا الجنسين تمثيلاً متوازناً على أساس مبادئ المساواة وعدم التمييز. ينتخب أعضاء اللجنة الفرعية لمدة أربعة سنوات ويجوز إعادة انتخابهم مرة واحدة إذا أعيد ترشحهم. وتنتخب اللجنة الفرعية أعضاء لجنة المكتب وتضع نظامها الداخلي.

وتختص اللجنة الفرعية للبروتوكول بالآتي:

١- زيارة أماكن الاحتجاز، وتقديم توصياتها للدول الأطراف بشأن حماية الأشخاص المحرومين من حرياتهم بهدف منع التعذيب وغيره من ضروب المعاملة أو العقوبة القاسية أو اللاإنسانية أو المهينة.

٢- بناء المشورة وتقديم المساعدة للدول الأطراف، بغرض إنشاء اللجان أو الآليات الوطنية.

٣- الحفاظ على الاتصال المباشر، والسرى عند اللزوم، بالآليات الوقائية الوطنية وتوفير التدريب والمساعدة التقنية لها بغية تعزيز قدراتها.

٤- توفير المشورة والمساعدة للآليات الوطنية في تقييم الاحتياجات والوسائل اللازمة بغية تعزيز حماية الأشخاص، المحرومين من حرياتهم، من التعذيب وغيره من ضروب المعاملة أو العقوبة القاسية أو اللاإنسانية أو المهينة.

٥- تقديم التوصيات والملاحظات إلى الدول الأطراف بغية تعزيز قدرات وولاية الآليات الوقائية الوطنية لمنع التعذيب وغيره من ضروب المعاملة أو العقوبة القاسية أو اللاإنسانية أو المهينة.

٦- التعاون مع هيئات الأمم المتحدة وآلياتها ذات الصلة فضلا عن المؤسسات أو المنظمات الدولية والإقليمية والوطنية العاملة في سبيل تعزيز حماية جميع الأشخاص من التعذيب وغيره من ضروب المعاملة أو العقوبة القاسية أو اللاإنسانية أو المهينة.

ومن أجل تيسير وتمكين عمل اللجنة الفرعية، فرضت الاتفاقية التزامات على الدول الأطراف وهي كالتالى:

١- الوصول غير المقيد لكافة المعلومات التى تتعلق بعدد الأشخاص المحرومين من حرياتهم بأماكن احتجازهم، فضلا عن عدد الأماكن ومواقعها.

٢- الوصول غير المقيد لكافة المعلومات المتعلقة بمعاملة هؤلاء الأشخاص وبظروف احتجازهم.

٣- الوصول غير المقيد لكافة أماكن الاحتجاز ولمنشأتها ومرافقها.

- ٤- توفير فرصة لقاء خاصة مع الأشخاص المحرومين من حرياتهم دون وجود شهود، فضلا عن أى شخص ترى اللجنة الفرعية أنه يمكن أن يوفر معلومات ذات صلة بالموضوع.
- ٥- حرية اختيار الأماكن التى ترغب فى زيارتها والأشخاص التى ترغب فى مقابلتهم.
- ٦- لا يمكن التذرع لأية أسباب تحول دون زيارة أى مكان به أى أشخاص محرومين من حرياتهم.

تقوم اللجنة الفرعية لمنع التعذيب بتقديم تقرير سنوى علنى عن أنشطتها إلى لجنة منع التعذيب. أما إذا أمتنعت الدولة الطرف عن التعاون مع اللجنة الفرعية لمنع التعذيب أو عن اتخاذ خطوات لتحسين الحالة على ضوء توصيات اللجنة الفرعية لمنع التعذيب، فللجنة أن تقرر بأغلبية أعضائها إصدار بيان علنى حول الموضوع.

كما اهتمت الأمم المتحدة بصحة السجناء، فاعتمدت الجمعية العامة قرارا يتعلق بالمبادئ الأساسية لمعاملة السجناء رقم ١١١/٤٥ بتاريخ ١٤ ديسمبر ١٩٩٠م. وقد خص القرار المبدأ التاسع بصحة السجناء فالزم الدول بتوفير الخدمات الصحية للسجناء دون تمييز لأى سبب.^(١)

المبحث الثانى

القواعد الوقائية لفئات العمرية المختلفة للأفراد

نقسم قواعد التشريعات الدولية الصحية فى مجال الوقاية للفئات العمرية المختلفة للإنسان إلى ثلاث فئات كالتالى:

المطلب الأول: الطفولة.

المطلب الثانى: المرأة.

المطلب الثالث: المسنون.

1 (الوثيقة رقم A/RES/45/111 - الأمم المتحدة - ص ٢٥٤.

المطلب الأول الطفولة

الأطفال بهجة الدنيا وزينتها، وهم المستقبل لكافة الأمم. فهم شباب وشابات المستقبل، وصانعو مستقبل الأمم.^(١) وإذا كان اهتمام المجتمع الدولي بهم كبيراً منذ بداية عهد التنظيم الدولي، فقد أصدرت الجمعية العامة لعصبة الأمم إعلان حقوق الطفل عام ١٩٢٤م.^(٢) ومع بداية عصر الأمم المتحدة كان دستور منظمة الصحة العالمية أول من لفت الانتباه للطفل فنص المبدأ السادس من ديباجته على "النشأة الصحية للطفل أمر بالغ الأهمية، والقدرة على العيش بانسجام في بيئة كلية متغيرة أمر جوهري لهذه النشأة".^(٣) وبناءً على هذا المبدأ الأمم المتحدة ووكالاتها المتخصصة أصدرت العديد من التوصيات والقرارات في هذا الشأن، واعتمدت مؤخراً الأمم المتحدة اتفاقية حقوق الطفل بتاريخ ٢٠ نوفمبر عام ١٩٨٩م.^(٤)

- ١ (الأستاذ الدكتور/ أحمد فراج حسين - أحكام الأسرة في الإسلام، الطلاق وحقوق الأولاد ونفقة الأقارب - الجزء الثاني - مؤسسة الثقافة الجامعية - الإسكندرية - ١٩٨٥م - ص ١٤١.
- ٢ (دكتورة / فاطمة شحاته زيدان - مركز الطفل في القانون الدولي العام - دار الجامعة الجديدة - الإسكندرية - ٢٠٠٧م - الصفحات ٦٦ : ٦٩.
- ٣ (دستور منظمة الصحة العالمية، الوثائق الأساسية - منظمة الصحة العالمية - مرجع سابق - ص ١.
- ٤ (من الجدير بالذكر في هذا الخصوص أن الطفولة نظراً لأهميتها كانت محل العديد من الأنشطة القانونية بالأمم المتحدة ووكالاتها المتخصصة تذكر منها على سبيل المثال:

- ١- إعلان الأمم المتحدة بشأن حقوق الطفل ١٩٥٩م.
- ٢- المادة الثالثة والعشرين والرابعة والعشرين بالعهد الدولي للحقوق المدنية والسياسية عام ١٩٦٦م.
- ٣- المادة العاشرة بالعهد الدولي للحقوق الاقتصادية والاجتماعية عام ١٩٦٦م.
- ٤- اتفاقية منظمة العمل الدولية رقم ١٣٨، بشأن الحد الأدنى لسن العمل عام ١٩٧٣م.

تعريف الطفل ظل محل خلاف كبير خاصة في الحد الأقصى العمري له^(١)، حتى جاءت المادة الأولى من اتفاقية الأمم المتحدة لحقوق الطفل وحددت الحد الأقصى العمري له حيث نصت بأن الطفل " هو كل إنسان لم يتجاوز الثامنة عشرة مالم يبلغ سن الرشد قبل ذلك بموجب القانون المنطبق عليه". ويذهب جانب من الفقه^(٢) بخصوص هذا التعريف فيقرر " إن الصياغة التي أتت بها المادة الأولى من الاتفاقية تثير نوعاً من التردد

٥- إعلان الأمم المتحدة بشأن حماية النساء والأطفال أثناء الطوارئ والمنازعات المسلحة عام ١٩٧٤م.

٦- إعلان الأمم المتحدة المتعلق بالمبادئ الاجتماعية والقانونية المتصلة بحماية الأطفال ورعايتهم مع الاهتمام الخاص بالحضانة والتبني على الصعيد الوطني والدولي عام ١٩٨٦م.

٧- اتفاقية الأمم المتحدة لحقوق الطفل عام ١٩٨٩م.

٨- قواعد الأمم المتحدة لحماية حقوق الأحداث المجرمين من حرياتهم عام ١٩٩٠م.

٩- اتفاقية منظمة العمل الدولية رقم ١٨٢، بشأن أسوأ أشكال عمالة الأطفال عام ١٩٩٩م.

١٠- البروتوكولان الاختياريان لاتفاقية حقوق الطفل بشأن اشتراك الأطفال في الصراعات المسلحة، وبشأن بيع وبغاء الأطفال عام ٢٠٠٠م.

-المصدر موقع الأمم المتحدة بشبكة المعلومات الدولية (الأنترنت):

=http://www.un.org/arabic/documents/instruments/docs_ar.asp?type=declarat

١ (من الجدير بالذكر في هذا الخصوص أن بداية عمر الطفل كان محل خلاف أيضاً من الدول التي التي تصبغ حمايتها القانونية على ما قبل مرحلة الولادة أي أثناء فترة الحمل، ولذلك تقدمت المغرب باقتراح حذف عبارة " منذ لحظة الولادة" من التعريف الوارد في مشروع نص هذه المادة.

- الدكتور / منتصر سعيد حمودة - حماية حقوق الطفل في القانون الدولي العام والإسلامي - دار الجامعة الجديدة - الإسكندرية - ٢٠٠٧م - ص ٢٠.

- الوثيقة رقم E/CN.4/L1542 - الأمم المتحدة - ص ٥٥٦.

٢ (الأستاذ الدكتور / محمد السعيد الدقاق - اتفاقية الأمم المتحدة لحقوق الطفل على ضوء أحكام الشريعة الإسلامية - اليونيسيف - ١٩٩٣م - ص ١٠.

لعمري خاصة في الأحوال التي يحدد فيها التشريع الوطني سنا أقل لمن يعتبر في نظره طفلاً تون أن يعتبر من تجاوزها بالغاً سن الرشد. وأن الصيغة المثلى كانت ينبغي أن تأتي على النحو التالي: الطفل هو كل إنسان حتى الثامنة عشرة إلا إذا حدد قانون بلده سنا أقل دون ربط ذلك ببلوغ سن الرشد.

مما سبق نرى أن الصكوك الدولية المتعلقة بحماية الطفل اختلفت من حيث قيمتها القانونية، ويعود ذلك لاختلاف الآليات القانونية المستخدمة في حماية كل نوع من أنواع حقوق الطفل. فمن الطبيعي أن تختلف الآلية القانونية المستخدمة وفقاً لأهمية الحق محل هذه الآلية. فبينما نجد أن أهمية نشأة الطفل الصحية كانت أحد مبادئ دستور منظمة الصحة العالمية، نجد حماية حقوق الطفل أثناء المنازعات المسلحة بمقتضى اتفاقية الأمم المتحدة لحقوق الطفل ١٩٨٩م، ثم نجد توصية منظمة الصحة العالمية بمدونة تسويق بدائل لبن الأم.

ألزمت الاتفاقية الدول الأطراف بإحترام حقوق الطفل الواردة بالاتفاقية وإتخاذ التدابير اللازمة لكفالتها، بغض النظر عن عنصر الطفل أو والديه أو الوصي عليه قانوناً أو لونه أو جنسهم أو لغتهم أو دينهم أو رأيهم السياسي أو أصلهم القومي أو الأثني أو الاجتماعي أو ثروتهم أو أى وضع آخر. كما ألزمت الاتفاقية الدول الأطراف جميع التدابير التشريعية والإدارية لمصلحة ضمان حماية ورعاية الطفل والحفاظ على حقوقه بمقتضى هذه الاتفاقية. وألزمت الاتفاقية الدول الأطراف بأحترام مسؤوليات وحقوق الوالدين أو غيرهم من الأشخاص المسؤولين قانوناً عن الطفل في أن يوفرُوا بطريقة تتفق مع قدرات الطفل المتطورة التوجيه والإرشاد اللائمين عند ممارسة الطفل الحقوق المقررة في هذه الاتفاقية.

وقد قررت الاتفاقية حقوقاً للطفل وألزمت الدول الأطراف بها وهي

١٥ الآتى:

- ١- لكل طفل حقا أصيلا في الحياة.
- ٢- تكفل الدول الأطراف إلى أقصى حد ممكن بقاء الطفل ونموه.
- ٣- يسجل الطفل فور ولادته ويكون له الحق في أسم له والحق في اكتساب جنسية والحق في معرفة والديه وتلقى رعايتهما.
- ٤- إذا حرم أى طفل بطريقة غير شرعية من بعض أو كل عناصر هويته، تقدم الدولة الحماية والمساعدة المناسبتين من الإسراع بإعادة إثبات هويته.
- ٥- تضمن الدولة عدم فصل الطفل عن والديه على كره منهما إلا بإجراءات قضائية أو عندما يعيش الوالدان منفصلين فيتعين إتخاذ قرار بشأن محل إقامة الطفل.
- ٦- تحترم الدولة الأطراف حق الطفل المنفصل عن والديه أو عن أحدهما في الاحتفاظ بصورة منتظمة بعلاقات شخصية واتصالات مباشرة مع كلا الوالدين.
- ٧- للطفل الذى يقيم والديه في دولتين مختلفتين الحق في الاحتفاظ بصورة منتظمة بعلاقات شخصية واتصالات مباشرة مع كلا الوالدين.
- ٨- تتخذ الدول الأطراف تدابير لمكافحة نقل الأطفال إلى الخارج وعدم عودتهم بطريقة غير مشروعة.
- ٩- يكون للطفل الحق في حرية التعبير وتكفل له الدولة هذا الحق، ويشمل هذا الحق حرية طلب جميع أنواع المعلومات والأفكار وتلقيها وإذاعتها سواء بالقول أو الكتابة أو الطباعة أو بأى وسيلة أخرى يطلبها الطفل.
- ١٠- تحترم الدول الأطراف حق الطفل في حرية الفكر والوجدان والدين.

- ١١- كما تحترم الدول الأطراف واجبات وحقوق الوالدين أو المسؤولين عنه، في توجيه الفل في ممارسة حقه بطريقة تتسجم مع قدرات الطفل المتطورة.
- ١٢- وتعترف الاتفاقية للدول الأطراف بحق الطفل في حرية تكوين الجمعيات وفي حرية الاجتماع السلمي.
- ١٣- وتضمن الدول الأطراف إمكانية حصول الطفل على المعلومات، فتقوم الدول بالآتي:
- أ. تشجيع وسائل الإعلام على نشر المعلومات والمواد ذات المنفعة الاجتماعية والثقافية للطفل.
- ب. تشجيع التعاون الدولي في إنتاج وتبادل ونشر هذه المعلومات.
- ج. تشجيع إنتاج كتب الأطفال ونشرها.
- د. تشجيع وسائل الإعلام على إيلاء عناية خاصة للاحتياجات اللغوية للطفل الذي ينتمي إلى أقليات أو إلى السكان الأصليين.
- ز. تشجيع وضع مبادئ توجيهية ملائمة لوقاية الطفل من المعلومات التي تضر بصالحه.
- ١٤- تبذل الدول قصارى جهدها لضمان الاعتراف بالمبدأ القائل إن كلا الوالدين يتحملان مسؤولية مشتركة عن تربية الطفل ونموه.
- ١٥- تتخذ كل دول التدابير التشريعية والإدارية والاجتماعية والتعليمية الملائمة لحماية الطفل من أي ضرر يقع عليه.
- ١٦- تضمن الدول التي تقر و / أو تجيز نظام التبني إيلاء مصالح الطفل الفضلى الاعتبار الأولي.
- ١٧- تلتزم الدول الأطراف بوجوب تمتع الطفل المعوق عقليا أو جسديا بحياة كاملة وكرامة، في ظروف تكفل له كرامته وتعزز اعتماده على النفس وتيسر مشاركته الفعلية في المجتمع.

١٨- تلتزم الدول الأطراف بحق الطفل بالتمتع بأعلى مستوى صحي يمكن بلوغه وبحقه في مرافق علاج الأمراض وإعادة التأهيل الصحي، على أن تتخذ الدول الأطراف التدابير المناسبة من أجل:

- خفض الوفيات الرضع والأطفال.
- كفالة توفير المساعدة الطبية والرعاية الصحية اللازمتين لجميع الأطفال مع التشديد على تطوير الرعاية الصحية الأولية.
- مكافحة الأمراض وسوء التغذية في إطار الرعاية الصحية الأولية.
- كفالة الرعاية الصحية المناسبة للأمهات قبل الولادة وبعدها.
- كفالة تزويد جميع قطاعات المجتمع بالمعلومات الأساسية المتعلقة بصحة الطفل وتغذيته.
- تطوير الرعاية الصحية الوقائية والإرشاد المقدم للوالدين، والتعليم والخدمات المتعلقة بتنظيم الأسرة.

١٩- تلتزم الدول الأطراف لكل طفل بالحق بالانتفاع بخدمات الضمان الاجتماعي.

٢٠- ينبغي منح الإعانات مع مراعاة موارد وظروف الطفل والأشخاص المسؤولين عن إعالة الطفل.

٢١- تلتزم الدول الأطراف بحق الطفل في التعليم وعلى أساس تكافؤ الفرص، عن طريق الآتي:

- أ. جعل التعليم الابتدائي إلزاميا ومتاحا مجانا للجميع.
- ب. تشجيع تطوير شتى أشكال التعليم الثانوي.
- ج. جعل التعليم العالي متاحا للجميع على أساس القدرات.
- د. جعل المعلومات والمبادئ الإرشادية التربوية والمهنية متوفرة لجميع الأطفال.

و. إتخاذ تدابير لتشجيع الحضور المنتظم فى المدارس والتقليل من معدلات ترك الدراسة.

تشكل لجنة تتألف من عشرة خبراء ذوى المكانة الخلقية الرفيعة والكفاءة المعترف بها فى الميدان الذى تغطيه هذه الاتفاقية، تنتخبهم الدول من بين رعاياها ويعملون بصفتهم الشخصية على أن يراعى اعتبارات التوزيع الجغرافى العادل وكذلك للنظم القانونية المختلفة.

ينتخب أعضاء اللجنة لمدة أربعة سنوات، ويجوز إعادة انتخابهم إذا جرى ترشيحهم من جديد. تضع اللجنة نظامها الداخلى وتنتخب أعضاء مكتبها، وتجتمع اللجنة عادة مرة فى السنة. كما يوفر الأمين العام للأمم المتحدة من الموظفين ومرافق لاضطلاع اللجنة بصورة فعالة بوظائفها. تلتزم الدول الأطراف بتقديم تقارير عن التدابير التى اعتمدها لإنفاذ الحقوق الواردة بالاتفاقية للجنة عن طريق الأمين العام للأمم المتحدة. وتقدم اللجنة إلى الجمعية العامة كل سنتين، عن طريق المجلس الاقتصادى والاجتماعى، تقارير عن أنشطتها.

ولدعم تنفيذ الاتفاقية على نحو فعال وتشجيع التعاون الدولى فى الميدان الذى تغطيه الاتفاقية تتخذ الإجراءات الآتية:

أ. يكون من حق الوكالات المتخصصة ومنظمة الأمم المتحدة للطفولة وغيرها من أجهزة الأمم المتحدة أن تكون ممثلة لدى النظر فى تنفيذ ما يدخل فى نطاق ولايتها من أحكام هذه الاتفاقية.

ب. تحيل اللجنة إلى الوكالات المتخصصة ومنظمة الأمم المتحدة للطفولة أية تقارير من الدول الأطراف تتضمن طلبا للمشورة أو المساعدة التقنية.

ج. يجوز للجنة أن توصى بأن تطلب الجمعية العامة إلى الأمين العام إجراء دراسات بالنيابة عنها عن قضايا محددة تتصل بحقوق الطفل.

د. يجوز أن تقدم اللجنة بأقتراحات وتوصيات عامة لأى دولة طرف معنية وتبلغ للجمعية العامة مصحوبة بتعليقات الدول.

وفى يونيه ١٩٩٩م، أعتمدت الأمم المتحدة البروتوكول الاختيارى لاتفاقية حقوق الطفل بشأن اشتراك الأطفال فى المنازعات المسلحة، وهى الاتفاقية التى تحظر التجنيد القسرى أو الإجبارى للأطفال لاستخدامهم فى المنازعات المسلحة. وتتخذ الدول الأطراف جميع التدابير لضمان عدم اشتراك أفراد قواتها المسلحة الذين لم يبلغوا سن الثامنة عشر اشتراكا مباشرا فى الأعمال الحربية، مع ضمان عدم تجنيد الأفراد الذين لم يبلغوا الثامنة عشرة من العمر إجباريا فى قواتها المسلحة. كما تلتزم الدول الأطراف بعدم استخدام ما هو دون سن الثمانية عشرة بالمجموعات المسلحة المتميزة عن قواتها المسلحة.

تقوم الدول الأطراف التى تسمح بالتطوع فى قواتها المسلحة الوطنية دون سن الثمانية عشرة بالتمسك بالضمانات لكفالة ما يلى كحد أدنى:

- ١- أن يكون هذا التجنيد تطوعا حقيقيا.
- ٢- أن يتم هذا التجنيد الطوعى بموافقة مستتيرة من الآباء أو الأوصياء القانونيين للأشخاص.
- ٣- أن يحصل هؤلاء الأشخاص على المعلومات الكاملة عن الواجبات التى تتطلبها هذه الخدمة العسكرية.
- ٤- أن يقدم هؤلاء الأشخاص ذليلا موثوقا به عن سنهم قبل قبولهم فى الخدمة العسكرية الوطنية.

وتتعهد الدول الأطراف بتسريح جميع الأشخاص المجندين أو المستخدمين فى الأعمال الحربية بما يخالف الاتفاقية، على توفر لهم الدولة عند اللزوم كل المساعدة الملائمة لهؤلاء الأشخاص لشفائهم جسديا ونفسيا ولإعادة إيمانهم اجتماعيا.

تقدم كل دولة طرف تقريرا إلى لجنة حقوق الطفل، وتوفر فيه معلومات شاملة التدابير التى اتخذتها لتنفيذ أحكام البروتوكول، بما فى ذلك التدابير المتخذة لتنفيذ الأحكام المتعلقة بالاشتراك والتجنيد. كما يجوز للجنة

حقوق الطفل أن تطلب من الدول الأطراف تقديم المزيد من المعلومات المتصلة بتنفيذ هذا البروتوكول.

وفي ٢٥ مايو ٢٠٠٠م، اعتمدت الأمم المتحدة البروتوكول الاختياري لاتفاقية حقوق الطفل بشأن بيع الأطفال وأستغلالهم في البغاء وفي المواد الإباحية. الهدف من هذه الاتفاقية، حظر الدول الأطراف لبيع الأطفال وأستغلالهم في البغاء وفي المواد الإباحية. وتكفل كل دولة طرف، كحد أدنى، الأفعال والأنشطة التالية تغطية كاملة بموجب قانونها الجنائي سواء كانت جرائم ترتكب محليا أو دوليا وهي كالاتى:

١. الاستغلال الجنسي للأطفال.
٢. نقل أعضاء الطفل بغرض الربح.
٣. تسخير الطفل لعمل قسري.
٤. عرض أو تقديم أو تنبير أو تقديم لغرض أستخدامه في البغاء.
٥. إنتاج أو توزيع أو نشر أو تصدير أو استيراد أو عرض أو بيع أو حيازة مواد إباحية تتعلق بالأطفال.

تتعاون الدول فيما بينها لتقديم المساعدة إلى بعضها البعض فيما يتعلق بعمليات التحقيق أو الإجراءات الجنائية، وتعد هذه الاتفاقية صك دولي تتبادل الدول بمقتضاه المجرمين المرتكبين لمثل هذه الجرائم في حالة عدم وجود اتفاقيات تسليم للمجرمين. ولا يستبعد هذا البروتوكول أى ولاية قضائية جنائية تمارس وفقا للقانون الدولي.

وتتخذ الدول الأطراف التدابير الرامية لعلاج ضحايا الجرائم المذكورة بالاتفاقية، وإعادة تأهيلهم مرة أخرى كالتالى:

١. أأخذ كل التدابير الممكنة التى تهدف إلى تأمين تقديم كل المساعدات المناسبة إلى ضحايا هذه الجرائم، بما فى ذلك إعادة إصالحهم الكامل فى المجتمع وتحقيق شفائهم الكامل بدنيا ونفسيا.

٢. تكفل الدولة لجميع ضحايا الجرائم الموصوفة بالبروتوكول الحصول على تعويض عن الأضرار التي لحقت بهم من الأشخاص المسؤولين قانوناً عن ذلك.

٣. تشجع الدول الأطراف على تعزيز التعاون الدولي بغية التصدي للأسباب الجذرية مثل الفقر والتخلف التي تسهم في استهداف الأطفال للبيع واستغلالهم في البغاء وفي المواد الإباحية وفي السياحة الجنسية.

وفي ١٩ ديسمبر ٢٠١١م، اعتمدت الأمم المتحدة البروتوكول الاختياري لاتفاقية حقوق الطفل المتعلق بإجراء تقديم البلاغات. وتعترف كل دولة طرف باختصاص لجنة حقوق الطفل بتلقي بلاغات من الأفراد على أن تهتدى في أداء مهامها المسندة إليها بمقتضى هذا البروتوكول بمبدأ مصالح الطفل الفضلى. وتتخذ الدولة الطرف جميع التدابير المناسبة لمنع تعرض مقدم البلاغ لسوء معاملة أو تخويف من الدولة المقدم فيها البلاغ.

وتعتبر اللجنة البلاغ غير مقبول في الحالات التالية:

١. عندما يصدر البلاغ عن شخص مجهول الهوية.
٢. عندما لا يقدم البلاغ كتابياً.
٣. إذا لم تستفد جميع سبل الانتصاف المحلية المتاحة.
٤. عندما يتضح أن البلاغ لا يستند إلى أسس سليمة أو أنه غير مدعوم بما يكفي من الأدلة.
٥. عندما يشكل البلاغ إساءة استعمال للحق في تقديم البلاغات.
٦. عندما تكون المسألة نفسها قد سبق أن بحثتها اللجنة أو كانت أو مازالت محل بحث في إطار إجراء آخر من إجراءات التحقيق الدولي أو التسوية الدولية.

ويجوز للجنة بعد تلقي البلاغ وقبل التوصل إلى قرار بشأن أسسه الموضوعية، أن تحيل للدولة الطرف المعنية طلباً كي تنظر بصورة عاجلة

فى اتخاذ ما تقتضيه الضرورة فى ظروف استثنائية من تدابير مؤقتة لتتلقى إمكانية أن يلحق بضحية أو ضحايا الانتهاكات المدعاة ضرر لا يمكن جبره. تعرض اللجنة مساعيها الحميدة على الأطراف المعنية بهدف التوصل إلى تسوية ودية للمسألة على أساس احترام الالتزامات التى تنص عليها الاتفاقية و/أو بروتوكولاتها الاختياران. وإذا لم تتجح اللجنة فى مساعيها الحميدة، فلها أن تصدر توصياتها التى يجب على الدولة الطرف أن تولى اعتبارها لهذه التوصيات وفقاً للفقرة الأولى من المادة ١١ بالبروتوكول الاختيارى للاتفاقية والخاص بتقديم البلاغات.

المطلب الثانى

المرأة

ترتبط مفاهيم حماية المرأة بحماية الطفل، وخصوصاً مع استخدام مفهوم حماية الطفل والأم، ولقد عرف المجتمع الدولى الحماية الشاملة للمرأة مؤخراً، ففي البداية كان يهتم بقضايا محدودة مثل "الاتجار بالرقائق الأبيض".^(١) أهتمت منظمة الصحة العالمية منذ بداية عملها بالمرأة، فأعتمدت جمعية الصحة القرار رقم (١ - ٤٢) فى يوليو ١٩٤٨م بشأن إنشاء لجنة خبراء صحة الأم والطفل على أن تعرض قراراتها على الجمعية بعد ذلك. كما قررت فى قرارها رقم (١٣ - ٦٣) فى مايو ١٩٦٠م بأنه لا يمكن فصل صحة ورعاية الأمهات والأطفال عن صحة ورعاية الأسرة والمجتمع ككل.^(٢)

كما أهتمت أيضاً الأمم المتحدة بالمرأة، ففي البداية اعتمدت الجمعية العامة الإعلان العالمى لحقوق الإنسان عام ١٩٤٨م حيث تضمن حماية

1) Michel Bélanger – Droit International De La Santé – op. cit. - pg. 283..

2) دليل قرارات جمعية الصحة العالمية والمجلس التنفيذى، ١٩٤٨م: ١٩٧٢م - منظمة الصحة العالمية - مرجع سابق - الصفحات ٨٠، ١٣٠٦.

خاصة بالمرأة فى المادة ٢٥، فأعطى لها نوعا من الحماية الصحية (جسدية أو اجتماعية)، حيث قرر لها الحق فى التأمين الاجتماعى ضد الترميل، وحق المساعدة فى الرعاية الطبية فى حالة الحمل والولادة وأثناء فترة الرضاعة.^(١)

وبناء على ما جاء بإعلان الأمم المتحدة السابق بحق المرأة فى التمتع بالجنسية وحظر الحرمان منها، اعتمدت الجمعية العامة اتفاقية جنسية المرأة المتزوجة بالقرار رقم ١٠٤٠ فى ٢٩ يناير ١٩٥٧م. هذه الاتفاقية تهدف إلى القضاء على حالات تنازع القوانين الناشئة عن اختلاف الأحكام الخاصة بفقد المرأة أو اكتسابها للجنسية بسبب عقد زواج أو حله أو تغيير الزوج لجنسيته أثناء قيام الزوجية.^(٢)

ونظرا لأن الأسرة هى الوحدة الاجتماعية الطبيعية والأساسية للمجتمع ولها حق التمتع بحماية المجتمع والدولة، وفقا لما ورد بالمادة ١٦ من الإعلان العالمى لحقوق الإنسان ١٩٤٨م. وبناء على ما قرره جمعية الصحة فى قرارها رقم (١٣ - ٦٣) فى مايو ١٩٦٠م بأنه لا يمكن فصل صحة ورعاية الأمهات والأطفال عن صحة ورعاية الأسرة والمجتمع ككل^(٣)، فقد اعتمدت الجمعية العامة للأمم المتحدة اتفاقية الرضا بالزواج والحد الأدنى لسن الزواج وتسجيل عقود الزواج بالقرار رقم ١٧٦٣ فى ٧ نوفمبر ١٩٦٢م. تلزم هذه الاتفاقية الدول الأطراف باتخاذ تدابير تشريعية

١ (دكتور/ منتصر سعيد حمودة - الحماية الدولية للمرأة - دار الجامعة الجديدة - الإسكندرية - ٢٠٠٧م - الصفحات ٢٠٦ : ٢٠٧.

- المؤتمر العلمى حول "حقوق المرأة فى مصر والدول العربية"- مجلة الحقوق للبحوث القانونية والاقتصادية- جامعة الإسكندرية- عدد خاص - الأول والثانى من ديسمبر ٢٠١٠م.

٢ (الوثيقة رقم A/RES/1040(XI) - الأمم المتحدة - ص ٤٥.

٣ (دليل قرارات جمعية الصحة العالمية والمجلس التنفيذى، ١٩٤٨م : ١٩٧٢م - منظمة الصحة العالمية - مرجع سابق - ص ١٣٠٦.

وإدارية لتطبيق الرضا بالزواج وتعيين الحد الأدنى لسن الزواج وإجراءات تسجيل عقد الزواج.^(١)

كما اعتمدت الجمعية العامة للأمم المتحدة الاتفاقية الدولية للحقوق الاقتصادية والاجتماعية والثقافية بالقرار رقم ٢٢٠٠ في ديسمبر ١٩٦٦م^(٢)، توسعت الاتفاقية في تقرير المزيد من الحماية الصحية العامة للمرأة عن الإعلان السابق فقررت الآتى: ^(٣)

- ١- حق الأسرة في الحماية والمساعدة الممكنة، والحق في الزواج بالرضا الحر للأطراف المقابلة عليه.
 - ٢- حق كل شخص (رجل أو امرأة) في مستوى معيشي ملائم ومناسب لنفسه ولعائلته.
 - ٣- حق الأمهات في حماية خاصة خلال فترة معقولة قبل الولادة وبعدها.
 - ٤- حق كل شخص (رجل أو امرأة) في الضمان الاجتماعي.
 - ٥- حق كل شخص (رجل أو امرأة) في التمتع بأعلى مستوى صحي ممكن، والوقاية من الأمراض ومعالجتها وحصرها، مع خلق ظروف من شأنها أن تؤمن الخدمات الطبية عند المرض.
- وأخيراً، اعتمدت الجمعية العامة اتفاقية القضاء على كافة أشكال التمييز ضد المرأة بالقرار رقم (٣٤ / - ١٨٠) في ١٨ ديسمبر ١٩٧٩م.^(٤) وتعد الاتفاقية صك دولي، يتضمن قضايا المرأة على نحو شامل ومتكامل. وتوضح أهمية الاتفاقية من عدة جوانب هي: ^(٥)

-
- ١ (الوثيقة رقم A/RES/1763 (XVII) - الأمم المتحدة - ص ٧٢.
 - ٢ (الوثيقة رقم A/RES/2200 (XXI) - الأمم المتحدة - ص ١٢٨.
 - ٣ (الأستاذ الدكتور/ فتوح عبد الله الشاذلي - الحقوق الإنسانية للمرأة بين التشريعات الوطنية والمواثيق الدولية - دار الجامعة الجديدة - الإسكندرية - ٢٠١٠م - ص ٣٣.
 - ٤ (الوثيقة رقم A/RES/34/180 - الأمم المتحدة - ص ١.
 - ٥ (الأستاذ الدكتور/ فتوح عبد الله الشاذلي - الحقوق الإنسانية للمرأة بين التشريعات الوطنية والمواثيق الدولية - مرجع سابق - الصفحات ٤٤ : ٤٥.
- دكتور/ منتصر سعيد حمودة - الحماية الدولية للمرأة - مرجع سابق - ٢٠٨ =

= - دكتور/ خالد مصطفى فهمي - حقوق المرأة بين الاتفاقيات الدولية والشرعية الإسلامية والتشريع الوضعي - دار الجامعة الجديدة - الإسكندرية - ٢٠٠٧ - ص ١٦٨.

- من الجدير بالذكر أن أطراف هذه الاتفاقية بلغ عددهم ١٨٦ دولة، من بينهم جمهورية مصر العربية التي صدقت على هذه الاتفاقية في ١٧ ديسمبر ١٩٨١م، ولكن تحفظت على المواد ٢، ١٦، ٢٩ وكان نصه كالتالي:

أولاً: المادة ٢

جمهورية مصر العربية على استعداد للامتثال لمضمون هذه المادة، شريطة أن يكون هذا الامتثال لا يتعارض مع الشريعة الإسلامية.

ثانياً: المادة ١٦

وهي تلك المادة المتعلقة بالمساواة بين الرجل والمرأة في كافة الأمور المتعلقة بالزواج والعلاقات العائلية أثناء الزواج وعند فسخه، دون الإخلال بأحكام الشريعة الإسلامية التي يتم بموجبها منح المرأة حقوقاً مساوية لأزواجهم كضمان لتوازن عادل بينهما. ويعود هذا إلى احترامنا للطبيعة المقدسة للمعتقدات الدينية التي تحكم العلاقات الزوجية في مصر، ونظراً لحقيقة واحدة أن من أهم ركائز هذه العلاقات هو التكافؤ في الحقوق وواجبات وذلك لضمان التكامل الذي يكفل المساواة الحقيقية بين الزوجين. أحكام الشريعة الإسلامية تلزم الزوج بدفع المال عند الزفاف للزوجة والحفاظ عليها تماماً، وتتيح أيضاً الدفع لها عند الطلاق، في حين أن الزوجة تحتفظ بحقوق كاملة على ممتلكاتها.

ثالثاً: المادة ٢٩

الوفد المصري تحفظ أيضاً على الحكم الوارد في الفقرة ١ المادة ٢٩، وفقاً للفقرة ٢ بذات المادة التي نصت بجواز عدم التزام أي دولة بالفقرة ١ المتعلقة بالجزء إلى التحكيم للأطراف المتنازعة في أي نزاع قد ينشأ بين الدول بشأن تفسير أو تطبيق الاتفاقية. وذلك من أجل تجنب إلزامية نظام التحكيم في هذا المجال.

كما صدقت المملكة العربية السعودية على الاتفاقية في ٧ سبتمبر ٢٠٠٠م، وقدمت تحفظ نص على: "١. في حالة وجود تناقض بين أي من أحكام الاتفاقية وقواعد الشريعة الإسلامية، المملكة ليست ملزمة بمراعاة الأحكام المتناقضة من الاتفاقية. ٢. المملكة لا تعتبر نفسها ملزمة بالأحكام الواردة في الفقرة ٢ من المادة ٩ من الاتفاقية والفقرة ١ من المادة ٢٩ من الاتفاقية".

- المصدر موقع الأمم المتحدة بشبكة المعلومات الدولية (الإنترنت):

- [http://treaties.un.org/Pages/ViewDetails.aspx?src=IND & mtdsg_no=IV-8&chapter=4&lang=en#EndDec](http://treaties.un.org/Pages/ViewDetails.aspx?src=IND&mtdsg_no=IV-8&chapter=4&lang=en#EndDec)

١. تضمنت الاتفاقية كل الجوانب المتعلقة بالمرأة الواردة بميثاق الأمم المتحدة.
 ٢. الاتفاقية وضعت حقوق المرأة في إطارها الإنساني، بوصفها جزءا من حقوق الإنسان.
 ٣. ركزت الاتفاقية على القضاء على التمييز ضد المرأة، بهدف إحداث نقلة نوعية لأوضاع المرأة في العالم.
 ٤. ألزمت الاتفاقية أطرافها باتخاذ تدابير تشريعية وإدارية، من أجل القضاء على كافة أشكال التمييز ضد المرأة.
- ولقد استندت الاتفاقية على مبدأ عام أورنته بديابجتها وهو " التمييز ضد المرأة يشكل انتهاكا واضحا لمبدأي المساواة في الحقوق واحترام الكرامة الإنسانية ". وتهدف الاتفاقية إلى حظر أى تفرقة أو استبعاد أو تقييد يتم على أساس الجنس ويكون من آثاره أو أغراضه النيل من الاعتراف للمرأة مثل الرجل بحقوق الإنسان وحياته الأساسية في الميادين السياسية والاقتصادية والاجتماعية والثقافية والتشريعية أو فى أى ميدان آخر، أو ابطال الاعتراف للمرأة بهذه الحقوق أو تمتعها بها وممارستها لها بغض النظر عن حالتها الزوجية. وتلتزم الدول الأطراف بحظر جميع أشكال التمييز ضد المرأة، وتنتهج بكل الوسائل الممكنة ودون ابطاء سياسة للقضاء على التمييز ضد المرأة فى كافة المجالات الآتية:
- أولاً: فى المجال السياسى .**
١. التصويت فى جميع الانتخابات والأستفتاءات العامة، وأهلية الترشح لجميع الهيئات التى ينتخب أعضاؤها بالأقتراع العام.
 ٢. المشاركة فى صياغة سياسة الحكومة وتنفيذ هذه السياسة وفى شغل الوظائف العامة وتأدية جميع المهام العامة على جميع المستويات الحكومية.
 ٣. المشاركة فى جميع المنظمات والجمعيات غير الحكومية التى تعنى بالحياة العامة والسياسية للبلد.

٤. حظر التمييز في المشاركة وتمثيل حكوماتها على المستوى الدولي والاشتراك في أعمال المنظمات الدولية.
٥. المساواة في اكتساب الجنسية أو الاحتفاظ بها أو تغييرها، وتمنح المرأة حقا مساويا للرجل في اكتساب جنسية الأطفال.

ثانياً: في المجال الاقتصادي .

١. الحق في العمل بوصفه حقا غير قابل للتصرف لكل البشر.
٢. الحق في التمتع بنفس فرص التوظيف، بما في ذلك تطبيق معايير الاختيار نفسها في شؤون التوظيف.
٣. الحق في حرية اختيار المهنة والعمل، والحق في الترقى والأمن الوظيفي وفي جميع مزايا وشروط الخدمة.
٤. الحق في تلقى التدريب وإعادة التدريب المهني.
٥. الحق في المساواة في الأجر، بما في ذلك الاستحقاقات، والحق في المساواة في المعاملة فيما يتعلق بالعمل المتبادل القيمة، وكذلك المساواة في المعاملة في تقييم نوعية العمل.
٦. الحق في الضمان الاجتماعي، ولا سيما في حالات التعاقد والبطالة والمرض والعجز والشيخوخة وأي شكل آخر من أشكال عدم القدرة على العمل، وكذلك الحق في إجازة مدفوعة الأجر.
٧. الحق في الحصول على القروض المصرفية، والرهن العقاري وغير ذلك من أشكال الائتمان المالي.
٨. الحق في الحصول على الائتمانات والقروض الزراعية وتسهيلات التسويق والتكنولوجيا المناسبة، والمساواة في المعاملة في مشاريع الإصلاح الزراعي.

ثالثاً: في المجال الثقافي .

تتخذ الدول الأطراف جميع التدابير المناسبة للقضاء على التمييز ضد المرأة لكي تكفل للمرأة حقوقاً مساوية لحقوق الرجل في التعليم، وعليها في سبيل ذلك الآتي:

١. نفس الظروف للتوجيه الوظيفي والمهني، والاستفادة من فرص الدراسة والحصول على الدرجات العلمية في المؤسسات التعليمية بجميع فئاتها.
 ٢. توفر نفس المناهج الدراسية، ونفس الامتحانات وهيئات التدريس تتمتع بمؤهلات من نفس المستوى، والمباني والمعدات الدراسية من ذات النوعية.
 ٣. القضاء على أى مفهوم نمطى عن دور الرجل ودور المرأة على جميع مستويات التعليم.
 ٤. توفير ذات الفرص للاستفادة من المنح التعليمية وغيرها من المنح الدراسية.
 ٥. توفير ذات الفرص للالتحاق ببرامج التعليم المتواصل، بما فى ذلك برامج تعليم الكبار ومحو الأمية الوظيفية ولا سيما التى تهدف إلى تضيق أى فجوة فى التعليم القائمة بين الرجل والمرأة.
 ٦. خفض معدلات ترك الدراسة بين الطالبات وتنظيم برامج للفتيات والنساء اللاتى تركن المدرسة.
 ٧. توفير نفس الفرص للمشاركة فى الأنشطة الرياضية والتربية البدنية.
 ٨. الوصول إلى معلومات تربوية محددة للمساعدة فى ضمان صحة الأسرة ورفاهيتها، بما فى ذلك المعلومات والنصح عن تخطيط الأسرة.
- رابطا: فى المجال الاجتماعى ..**
- تتخذ الدول الأطراف جميع التدابير المناسبة للقضاء على التمييز ضد المرأة لكى تكفل للمرأة حقوقا مساوية لحقوق الرجل فى المجال الاجتماعى، وعليها فى سبيل ذلك الآتى:
١. تتخذ جميع الدول الأطراف جميع التدابير المناسبة للقضاء على التمييز ضد المرأة فى كافة الأمور المتعلقة بالزواج والعلاقات الأسرية، وبوجه خاص فى الأمور التالية:
- أ. نفس الحق فى عقد الزواج.

- ب. نفس الحق في حرية اختيار الزوج.
- ج. نفس الحقوق والمسؤوليات أثناء الزواج وعند فسخه.
- د. نفس الحقوق لكلا الزوجين فيما يتعلق بملكية وحيازة الممتلكات، والإشراف عليها وإدارتها والتصرف فيها سواء بلا مقابل أو مقابل عوض ذي قيمة.
٢. الاستفادة بصورة مباشرة من برامج الضمان الاجتماعي.
٣. تتخذ الدول الأطراف جميع التدابير المناسبة للقضاء على التمييز ضد المرأة في ميدان الرعاية الصحية بما في ذلك الخدمات المتعلقة بتنظيم الأسرة.
٤. تكفل الدول الأطراف للمرأة الخدمات المناسبة فيما يتعلق بالحمل والولادة وفترة ما بعد الولادة، وتوفر لها الخدمات المجانية عند الاقتضاء وكذلك التغذية الكافية أثناء الحمل والرضاعة.
٥. تكفل الدول الأطراف للمرأة الحق في الوقاية الصحية وسلامة ظروف العمل، بما في ذلك ظروف الانجاب.
٦. حظر الفصل من العمل بسبب الحمل أو إجازة الأمومة والتميز في الفصل من العمل على أساس الحالة الزوجية، مع فرض جزاءات على المخالفين.
٧. إدخال نظام إجازة الأمومة المدفوعة الأجر أو مع التمتع بمزايا اجتماعية مماثلة نون أن تفقد المرأة وظيفتها أو أقدميتها أو العلاوات الاجتماعية.
- خامسا: في المجال التشريعي ..**
- تتخذ الدول الأطراف جميع التدابير المناسبة للقضاء على التمييز ضد المرأة لكي تكفل للمرأة حقوقا مساوية لحقوق الرجل في المجال التشريعي، وعليها في سبيل ذلك الآتي:
١. تمنح الدول الأطراف المرأة المساواة مع الرجل في القانون.

٢. تمنح الدول الأطراف المرأة فى الشؤون المدنية أهلية قانونية مماثلة لأهلية الرجل ونفس فرص ممارسة تلك الأهلية.

٣. توافق الدول الأطراف على اعتبار جميع العقود وسائر أنواع الصكوك الخاصة التى لها أثر قانونى يستهدف تقييد الأهلية القانونية للمرأة باطللة ولاغية.

٤. تمنح الدول الأطراف الرجل والمرأة نفس الحقوق فيما يتعلق بالقانون المتصل بالأشخاص وحرية اختيار محل سكنهم وإقامتهم.

أنشأت الاتفاقية لجنة للقضاء على التمييز ضد المرأة تتألف من ثلاثة وعشرين خبيراً من نوى المكانة الخلقية الرفيعة والكفاءة العالية فى الميدان الذى تشملته الاتفاقية. تنتخبهم الدول الأعضاء من بين رعاياها ولكنهم يعملون بصفتهن الشخصية، مع إيلاء الاعتبار لأعتبارات للتوزيع الجغرافى العادل مع تمثيل الأنظمة القانونية المختلفة. وتتكفل الأمم المتحدة بتزويد اللجنة بموظفين وبالدعم اللوجيستى وبمكافآت أعضاء اللجنة.

تتعهد الدول الأطراف بأن تقدم إلى الأمين العام للأمم المتحدة تقريراً عما اتخذته من تدابير تشريعية وقضائية وإدارية للنظر من قبل اللجنة، فى غضون سنة واحدة من بدء النفاذ بالنسبة للدولة المعنية. وتعتمد اللجنة نظامها الداخلى وتنتخب أعضاء مكتبها.

تقدم اللجنة تقريراً سنوياً إلى الجمعية العامة للأمم المتحدة عن طريق المجلس الاقتصادى والاجتماعى عن أنشطتها، ولها أن تقدم مقترحات وتوصيات عامة مبنية على دراسة التقارير والمعلومات الواردة من الدول الأطراف. ويحق للوكالات المتخصصة للأمم المتحدة أن تمثل عند النظر فى تنفيذ ما يقع فى نطاق أنشطتها من أحكام هذه الاتفاقية. وللجنة أن تدعو الوكالات المتخصصة إلى تقديم تقارير عن تنفيذ الاتفاقية فى المجالات التى تقع فى نطاق أنشطتها.

وفى ٦ أكتوبر ١٩٩٩م، اعتمدت الأمم المتحدة البروتوكول الاختياري لاتفاقية القضاء على جميع أشكال التمييز ضد المرأة. يهدف البروتوكول إلى تلقي بلاغات من فرد أو نيابة عن أفراد أو مجموعات خاضعين لولاية أى دولة طرف فى البروتوكول، ويدعون أنهم ضحايا انتهاك تلك الدولة الطرف لأى من الحقوق الواردة بالاتفاقية. ويشترط فى البلاغ الآتى:

- ١- أن يكون موضوع البلاغ قد استنفد وسائل الانتصاف المحلية المتاحة، إلا إذا استغرقت أمد طويلا لدرجة غير معقولة.
 - ٢- أن يكون موضوع البلاغ قد بحث من قبل اللجنة أو كانت وما زالت محل الدراسة بمقتضى أى إجراء آخر مثل تحقيق دولى أو تسوية دولية.
 - ٣- أن يكون موضوع البلاغ متفق مع أحكام الاتفاقية.
 - ٤- أن يكون موضوع البلاغ مستند على أدلة وبراهين ثابتة.
 - ٥- أن لا يشكل موضوع البلاغ إساءة لاستعمال الحق فى البلاغ.
- عقب تقديم البلاغ للجنة التى تقوم ببحثه، ترسل اللجنة للدولة الطرف طلب للإستيضاح، وبعد ورود رد الدولة فى موعد غايته ستة شهور، تقوم اللجنة بالدراسة للموضوع وتقدم توصياتها بشأنه. وقد ألزمت الاتفاقية الدول الأطراف بأن تولى اعتبارها لأراء اللجنة وتوصياتها.
- مما سبق نرى أن النهج الذى صارت عليه اتفاقيات الأمم المتحدة فيما يتعلق بحماية المرأة تضمن فكرا بنائيا تدرجيا منذ نشأتها، حيث أسست على الآلية الأساسية وهى اعتماد الاتفاقيات. ففي البداية صيغت حماية المرأة فى إطار مجموعة مبادئ بالإعلان العالمى لحقوق الإنسان عام ١٩٤٨م، ثم جاء الاهتمام بوضع المرأة داخل المجتمع فاعتمدت اتفاقية الجنسية الخاصة بها. بعد ذلك اهتمت الأمم المتحدة بتأسيس الأسرة لتكون النواة الصالحة لبناء المجتمع الإنسانى، بتحديد سن الزواج وضرورة رضا طرفى العلاقة

الزوجية على إتمام الزواج وتسجيله فاعتمدت اتفاقية تنظيم الزواج. كما وضعت الأمم المتحدة حقوق الإنسان (نكر أم أنثى) الاقتصادية والاجتماعية والثقافية في إطار قانونى باتفاقية الحقوق الاقتصادية والاجتماعية والثقافية عام ١٩٦٦م. ونظرا لما تلاقى فيه المرأة من معاناة سواء كانت تمييزية أو ممارسة عنف حيالها، فاعتمدت الأمم المتحدة اتفاقية القضاء على التمييز ضد المرأة.

وتلعب منظمة الصحة العالمية دورا كبيرا في كل هذه الاتفاقيات كوكالة فنية متخصصة في مجال الصحة، من خلال تمثيل منظمة الصحة العالمية كوكالة فنية متخصصة بلجنة القضاء على التمييز ضد المرأة (المادة ٢٢) ^(١) حيث تتولى مراقبة تنفيذ الاتفاقية فيما يتعلق بالجزء الفنى بالمنظمة. ^(٢) كما تقوم منظمة الصحة العالمية باصدار العديد من القرارات التفصيلية والتنفيذية لمواد اتفاقية القضاء على التمييز ضد المرأة. ^(٣)

١ (من الجدير بالذكر ما جاء بتقرير اللجنة المعنية بالقضاء على التمييز ضد المرأة عام ٢٠٠٨م بالجهود الإيجابية المملكة العربية السعودية في تنفيذ الاتفاقية من حيث المستوى الرفيع للخدمات الاجتماعية الأساسية، وخدمات الرعاية الصحية والتعليم الممولة من الحكومة على صعيد العديد من قطاعات المجتمع. كما أنشئت الدولة الطرف آليات مؤسسية للنهوض بالمرأة وحمايتها بصفة عامة. كما حثت اللجنة المملكة العربية السعودية بأن تنظر في مسألة سحب تحفظها العام على الاتفاقية، خاصة على ضوء ما أكدته وفد الدولة الطرف من أنه لاتناقض من حيث الجوهر بين أحكام الاتفاقية والشريعة الإسلامية.

تقرير اللجنة المعنية بالقضاء على التمييز ضد المرأة عام ٢٠٠٨م - الأمم المتحدة - نيويورك - ٢٠٠٨م - الصفحات ٨ : ٩.

(2) الوثيقة رقم A/RES/34/180 - الأمم المتحدة - ص ١٤.

(3) دليل قرارات جمعية الصحة العالمية والمجلس التنفيذي، ١٩٨٥م : ١٩٩٢م - منظمة الصحة العالمية - جنيف - ١٩٩٣م - الصفحات ٧٤ : ٧٨.

المطلب الثالث المسنون

شاركت منظمة الصحة العالمية بدور كبير مع الأمم المتحدة بشأن إعداد القواعد التشريعية الصحية اللازمة لصحة المسنين. فقد اعتمدت الجمعية العامة للأمم المتحدة القرار رقم (٣٣ - ٢٥) عام ١٩٧٨م بإنشاء الجمعية العالمية لكبار السن بحلول عام ١٩٨٢م.^(١) كلفت الأمم المتحدة في هذا القرار منظمة الصحة العالمية بتنظيم هذه الجمعية مع إعداد برنامج عمل لها، لدورها الفنى فى هذا المجال. على أثر ذلك اعتمدت جمعية الصحة القرار رقم (٣٢ - ٢٥) فى مايو ١٩٧٩م بشأن كيفية الإعداد لجمعية كبار السن وبرنامج العمل الخاص بها.^(٢)

بعد ذلك اعتمدت الجمعية العامة للأمم المتحدة إعلان المبادئ التوجيهية بشأن الشيخوخة فى عام ١٩٩١م، حيث أشارت إلى ازدياد نسبة الشيخوخة فى العالم النامى عن العالم المتقدم، وإلى ضرورة اعتماد سياسات وبرامج فنية بواسطة الوكالات المتخصصة من أجل الرعاية الصحية والاجتماعية لهم.^(٣) وهذه المبادئ هى:

- ١- يجب أن تتاح لكبار السن إمكانية الحصول على الغذاء الكافى والماء والمأوى والملبس والرعاية الصحية من خلال توفير دعم الدخل والأسرة والمجتمع والاعتماد على الذات.
- ٢- يجب أن كبار السن لديهم الفرصة للعمل أو الحصول على فرص أخرى مدرة للدخل.
- ٣- يجب أن يكون كبار السن قادرين على المشاركة فى قوة العمل.

(١) الوثيقة رقم A/RES/33/52 - الأمم المتحدة - ص ١٤٣.
(٢) دليل قرارات جمعية الصحة العالمية والمجلس التنفيذى، ١٩٧٣م: ١٩٨٤م - منظمة الصحة العالمية - مرجع سابق - ص ١٢١.
(٣) الوثيقة رقم A/RES/47/5 الأمم المتحدة - ص ١٦.

- ٤- يجب أن يمكن كبار السن من الوصول إلى البرامج التعليمية والتدريبية.
- ٥- يجب أن يكون كبار السن قادرين على العيش في البيئات التي هي آمنة وقابلة للتكيف مع التفضيلات الشخصية والقدرات المتغيرة.
- ٦- يجب أن يبقى كبار السن مندمجين في المجتمع، وأن يشاركوا بنشاط في صياغة وتنفيذ السياسات التي تؤثر مباشرة في رفاهيتهم، وتبادل المعارف والمهارات إلى الأجيال الشابة.
- ٧- يجب أن يكون كبار السن قادرين على التماس وتطوير فرص لخدمة المجتمع وخدمة كمتطوعين في أعمال تناسب اهتماماتهم وقدراتهم.
- ٨- يجب أن يكون كبار السن قادرين على تشكيل الحركات أو الرابطات الخاصة برعاية كبار السن.
- ٩- يجب أن يكون لكبار السن فرص الاستفادة من الرعاية الأسرية والمجتمعية وحماية وفقا للنظام في كل مجتمع القيم الثقافية.
- ١٠- يجب أن تتاح لكبار السن إمكانية الحصول على الرعاية الصحية لمساعدتهم على الحفاظ على أو استعادة المستوى الأمثل من السلامة الجسدية والعقلية والعاطفية والرفاهية الاجتماعية.
- ١١- يجب أن تتاح لكبار السن إمكانية الحصول على الخدمات الاجتماعية والقانونية لتعزيز الحكم الذاتي والحماية والرعاية.
- ١٢- يجب أن يكون كبار السن قادرين على الاستفادة من المستويات الملائمة من الرعاية المؤسسية التي توفر الحماية وإعادة التأهيل والتحفيز الاجتماعي والعقلية في بيئة إنسانية ومأمونة.
- ١٣- يجب أن يكون كبار السن قادرين على التمتع بحقوق الإنسان والحريات الأساسية عند إقامتهم بأي مرفق أو مأوى وتوفير الرعاية والعلاج لهم، بما في ذلك الاحترام الكامل لكراماتهم، واحتياجاتهم، والمعتقدات الخصوصية.

١٤- يجب أن يكون كبار السن قادرين على متابعة فرص التنمية الكاملة لإمكاناتهم.

١٥- يجب أن تتاح لكبار السن إمكانية الحصول على الموارد التعليمية والثقافية والروحية والترويحية في المجتمع.

١٦- يجب أن يكون كبار السن قادرين على العيش في كرامة وأمن وتكون معيشتهم خالية من الاستغلال وسوء المعاملة البدنية أو العقلية.

١٧- ينبغي أن يعامل كبار السن - بغض النظر - عن العمر والجنس والخلفية العرقية أو الإثنية، أو وضع آخر، وبشكل مستقل عن مدى مساهمتهم الاقتصادية.

المبحث الثالث

القواعد الوقائية لفئة الأفراد الأجانب

عقب نهاية الحرب الثانية^(١)، أدرك المجتمع الدولي ضرورة التحرك من أجل وضع قواعد تشريعية لمعالجة مشكلة اللاجئين في العالم حيث خلفت

(1) من الجدير بالذكر في هذا الخصوص إن مشاكل اللاجئين في العالم كانت محط اهتمام على مر العصور بيد أن المحاولات الجدية لمعالجة وضع اللاجئين برزت إلى السطح اثر الحرب العالمية الأولى وذلك نظراً لما خلفته من ويلات وكوارث إنسانية كان لا بد من التحرك السريع لمعالجتها واحتوائها. وفي هذا السياق كلفت عصبة الأمم السيد "نانسن" القيام بأعمال إغاثة لأكثر من مليون لاجئ ومشرّد كان معظمهم من دول أوروبا الشرقية وقد قام السيد نانسن الذي نال جائزة نوبل للسلام مقابل خدماته الجليلة باصدار وثائق سفر تحمل اسمه لغرض تسهيل عودة اللاجئين والمشرّدين إلى بلادهم، وتخليداً لذكراه يتم المفوض السامي لشؤون اللاجئين بتقديم جائزة سنوية للذين يقومون بأعمال متميزة لمساعدة اللاجئين في العالم. - المصدر موقع المفوضية السامية لشؤون اللاجئين بالأمم المتحدة بشبكة المعلومات الدولية (الأنترنت):

- www.unhcr.org

- James C. Hathaway- The Rights Of Refugees Under International Law- Cambridge University Press- 2005- pg 15.

الحرب العالمية الثانية ملايين اللاجئين كان معظمهم في أوروبا، وفي ظل غياب حلول حقيقية لمشكلة اللاجئين قامت الأمم المتحدة بإنشاء المنظمة الدولية للاجئين عام ١٩٤٥م. وفي الوقت ذاته بدأ المعنيون بالأمر سلسلة من الخطوات من أجل الإعداد لاتفاقية دولية للاجئين، بعد ذلك قامت الجمعية العامة للأمم المتحدة باعتماد النظام الداخلي للمفوضية السامية لشؤون اللاجئين في سبتمبر من عام ١٩٥٠م، لتحل بذلك محل المنظمة الدولية للاجئين. ويقدم المفوض السامي برامجه سنوياً إلى المجلس الاقتصادي والاجتماعي الذي يتفاوض بشأنها مع ممثلي الوكالات المتخصصة بما فيها منظمة الصحة العالمية، ويرفع توصياته للجمعية العامة لإتخاذ القرارات اللازمة.^(١)

كما اعتمدت الجمعية العامة للأمم المتحدة اتفاقية اللاجئين بالقرار رقم ٢١٩٨ في ٢٨ يوليو ١٩٥١م، ودخلت حيز النفاذ في ٢٢ أبريل ١٩٥٤م. عرفت الاتفاقية في المادة الأولى اللاجئين بأنه هو كل شخص تواجد بسبب خوف له ما يبرره من التعرض للاضطهاد بسبب عرقه أو دينه أو جنسيته أو انتمائه إلى فئة اجتماعية معينة أو آرائه السياسية خارج دولة

(١) من الجدير بالذكر في هذا الخصوص بأن انتخاب المفوض السامي لشؤون اللاجئين يتم عن طريق الجمعية العامة للأمم المتحدة وبناء على توصية من الأمين العام كل خمس سنوات. ويساعد المفوض السامي في مهمته مجلس تنفيذي مكون من ٥٨ دولة تقوم بالإشراف على رسم سياسة المفوضية وتحديد ميزانيتها والإشراف على نشاطاتها في مختلف بقاع العالم. ويعقد المجلس التنفيذي اجتماعات دورية وبشكل سنوي في مقر المفوضية السامية في مدينة جنيف. ويعمل جالياً في المفوضية أكثر من خمسة آلاف موظف ينتشرون في أكثر من ١٢٠ دولة ويعمل حوالي ٨٠% منهم في الميدان حيث يتواجد اللاجئون فعلاً وغالباً في ظروف معيشية وأمنية قاسية أدت في بعض الأحيان إلى تعريض أرواح العاملين في المجال الإنساني للخطر.

جنسيته ولا يستطيع أو لا يرغب بسبب ذلك الخوف أن يستظل بحماية تلك الدولة.^(١)

وحدث الاتفاقية الصكوك الدولية السابقة المتعلقة باللاجئين ووفرت تدوين أشمل لحقوق اللاجئين على الصعيد الدولي. كما وضعت الحد الأدنى من المعايير الأساسية لمعاملة اللاجئين، دون المساس بمنح الدول لمعاملة أفضل. تطبق هذه الاتفاقية دون تمييز على أساس العرق أو الدين أو بلد المنشأ، وتحتوي على مختلف الضمانات الصحية والاجتماعية والقانونية للاجئين. كما تضمنت الاتفاقية أحكام بإصدار وثائق سفر خاصة باللاجئين.^(٢)

منظمة الصحة العالمية تضطلع بدورها الفنى المتعلق بتحقيق صحة اللاجئين من خلال تكليفها من أجهزة الأمم المتحدة، الجمعية العامة أو من المجلس الاجتماعى والاقتصادى، وذلك بإصدار القرارات التشريعية المتعلقة بصحة اللاجئين. على سبيل المثال، قرار جمعية الصحة رقم (٢٩ - ٤٤) فى مايو ١٩٧٧م والمتعلق بنظام المساعدات الصحية للاجئين بقرص. وكذلك لمنظمة الصحة العالمية أن تتصدى من تلقاء نفسها لأوضاع اللاجئين بالاستناد على المبدأ الثالث. من دستورها الذى ينص على أن صحة جميع الشعوب أمر أساسى لبلوغ السلم والأمن الدوليين مثل قرار جمعية الصحة رقم (٣٨ - ١٥) فى مايو ١٩٨٥م بإنشاء ثلاث مراكز صحية بالأراضى الفلسطينية المختلة تحت الإشراف المباشر للمنظمة.^(٣)

1 (المصدر: موقع قرارات الجمعية العامة للأمم المتحدة بشبكة المعلومات الدولية (الإنترنت):

- [http://daccessods.un.org/access.nsf/Get?OpenAgent&DS=A/RES/429\(V\)&Lang=E&Area=RESOLUTION](http://daccessods.un.org/access.nsf/Get?OpenAgent&DS=A/RES/429(V)&Lang=E&Area=RESOLUTION)

2) Convention and Protocol Relating To The Status Of Refugees, United Nations High Commission For Refugees, Geneva, 2007, pp. 1: 3.

3 (دليل قرارات جمعية الصحة العالمية والمجلس التنفيذى، ١٩٧٣م: ١٩٨٤م - منظمة الصحة العالمية - مرجع سابق - ص ٤٥٨.

- دليل قرارات جمعية الصحة العالمية والمجلس التنفيذى، ١٩٨٥م: ١٩٩٢م - منظمة الصحة العالمية - مرجع سابق - الصفحات ٢٨٦: ٢٨٨.

الختام

تبين من الدراسة أن القانون الدولي الصحى فرع من فروع القانون الدولي العام، كما تعاصر ميلاد القانون الدولي الصحى بعد مولد القانون الدولي العام. ولقد ولد القانون الدولي الصحى دفاعيا، حيث أن موضوعاته كانت تدور حول إيقاف انتقال الأمراض والأوبئة من دولة لأخرى. فقد كان ينظم قواعد الحجر الصحى بين الدول، لأفتقاد المعارف العلمية حول مسببات انتقال الأمراض والأوبئة بين الدول.

مع بداية القرن العشرين، حيث كان هناك فيض من المعارف العلمية حول مسببات الأمراض والأوبئة، نظم المجتمع الدولي التعاون الصحى من خلال تنظيمات دولية وكان أبرزها المكتب الدولي للصحة العامة. وكانت هذه التنظيمات تهدف إلى تنسيق وتبادل المعلومات الوبائية والمرضية بين الدول، بخلاف الإشراف على تنفيذ الالتزامات الواردة بالاتفاقيات الدولية الصحية. وفى منتصف القرن العشرين، حيث أكتشف العلاج بالمضادات الحيوية، تأسست منظمة الصحة العالمية وبدأ القانون الدولي الصحى يدخل المجال الهجومي بالقضاء على بعض الأمراض ومكافحة انتشار البعض الآخر. كما اهتمت منظمة الصحة العالمية بالمجال الوقائى من الأمراض فعنيت بتوفير المياه الصحية والصرف الصحى وبالغذاء الصحى....الخ. ولقد أكد دستور منظمة الصحة العالمية على أهمية الصحة لرفاهية جميع الشعوب. فقد ثبت أن شعوب الدول التى تتمتع بمستويات مرتفعة من الصحة، تتمتع بمستويات مرتفعة من الرفاهية الاقتصادية والاجتماعية. ويرجع السبب فى ذلك إلى ما توفره الصحة من قدرة فى التعليم وارتفاع مستويات الإنتاج الاقتصادى بما يعود بالرفاهية على الجميع.

نص دستور منظمة الصحة العالمية على عملها كسلطة التوجيه والتنسيق في المجال الدولي الصحي. كما عرف الدستور الصحة " بأنها حالة من اكتمال السلامة الجسدية والعقلية والاجتماعية وليس مجرد انعدام المرض والعجز" ويهذا اهتمت المنظمة بالجانب الوقائي لصحة الإنسان، وهذا أمر يعد تطوراً هاماً في تاريخ الصحة الدولية.

وفي نهاية القرن العشرين، ظهر تحديان للقانون الدولي الصحي أولهما توفير الدعم المالي من أجل تيسير الخدمات الصحية في الدول المتخلفة والنامية، وثانيهما مواجهة بعض السلوك الإنساني الذي يتسبب في أمراض للإنسان نفسه مثل الأمان والتبغ.

كما ظهرت العولمة بكل خصائصها من تغير أنماط الإنتاج، فأدت إلى الانحراف بالسلوك الاجتماعي الذي يضر بصحة الإنسان. فتدخلت كافة المنظمات الداخلة في منظومة الأمم المتحدة وكذلك الأمم المتحدة، بسن تشريعات مختلفة لضبط السلوك الإنساني تهدف إلى تحقيق صحة الإنسان منها مجموعة الاتفاقيات المتعلقة بحقوق الإنسان.

وتستخدم الآليات التشريعية المختلفة لسن قواعد القانون الدولي الصحي، فتستخدم الاتفاقيات لتنظيم السلوك الإنساني الذي يتسبب في أمراضه مثل الاتفاقيات التي تحافظ على البيئة الصحية ومكافحة التبغ من أجل القضاء على الإدمان والحفاظ على حقوق الإنسان، بينما تستخدم القرارات لمكافحة انتقال الأوبئة والقضاء ومكافحة الأمراض وتستخدم التوصيات للتوفيق بين المصالح المختلفة مثل المدونة الدولية للأغذية والمدونة الدولية للأدوية والمدونة الدولية لتسويق بدائل لبن الأم.

ولم يستخدم العرف كآلية تشريعية لإصدار القانون الدولي الصحي، ويرجع السبب في ذلك إلى أن موضوعات القانون الدولي الصحي هي اكتشافات لقواعد علوم طبيعية وبالتالي فهي لا تصلح أن تكون قواعد عرفية لأن العرف يستند في الأساس على سلوك متواتر. كما أنه ثبت مؤخراً، بوجود بعض السلوكيات الإنسانية الضارة بصحة الإنسان في ظل العولمة وبالتالي لا يصلح العرف أداة لسن وإصدار القواعد القانونية الدولية الصحية.

أولاً: قائمة المراجع العربية

- إبراهيم محمد العناني، التنظيم الدولي، دار الفكر العربي، القاهرة، ١٩٧٥م.
- أحمد أبو الوفاء، الوسيط في القانون الدولي العام، دار النهضة العربية، الطبعة الرابعة، ٢٠٠٤م.
- أشرف عرفات أبو حجازة، الوسيط في قانون التنظيم الدولي، دار النهضة العربية، القاهرة، ٢٠٠٦م-٢٠٠٧م.
- حازم البيلاوي، أصول الاقتصاد السياسي، منشأة المعارف، الطبعة الثانية، ٢٠٠١م.
- خالد مصطفى فهمي، حقوق المرأة بين الاتفاقيات الدولية والشريعة الإسلامية والتشريع الوضعي، دار الجامعة الجديدة، الإسكندرية، ٢٠٠٧م.
- سمير تناغو، النظرية العامة للقانون، منشأة المعارف، ٢٠٠٤م.
- السيد فهمي على، علم نفس الصحة، دار الجامعة الجديدة للنشر، ٢٠٠٩م.
- صلاح الدين عامر، قانون التنظيم الدولي، دار النهضة العربية، ٢٠٠١م - ٢٠٠٢م.
- عبد العزيز طريح شرف، البيئة وصحة الإنسان في الجغرافيا الطبية، مؤسسة شباب الجامعة، ٢٠٠٦م.
- عبد العزيز محمد سرحان، النظرية العامة للتنظيم الدولي، القاهرة، دار النهضة العربية، ١٩٨٩م.
- عبد المجيد الشاعر، رشدي قطاش، علم الاجتماع الطبي، دار اليازوري العلمية، الأردن، عام ٢٠٠٠م.
- عصمت إبراهيم حمود، دور الشرق الأوسط في التعاون الدولي الصحي منذ أوائل القرن التاسع عشر إلى قيام منظمة الصحة العالمية، المجلة

الصحية لشرق المتوسط، منظمة الصحة العالمية، المجلد الأول، العدد ١،
عام ١٩٩٥ م.

• فتوح عبد الله الشاذلي، الحقوق الإنسانية للمرأة بين التشريعات الوطنية
والمواثيق الدولية، دار الجامعة الجديدة، الإسكندرية، ٢٠١٠ م.

• فوزى على جاد الله، الصحة العامة والرعاية الصحية، دار المعارف
بمصر، ١٩٦٨ م، الطبعة الأولى.

• محمد السعيد الدقاق، أصول القانون الدولي العام، الجزء الأول، دار
المطبوعات الجامعية، ١٩٨٩ م.

• محمد السعيد عبد الجواد الدقاق، النظرية العامة لقرارات المنظمات
الدولية ودورها في إرساء قواعد القانون الدولي، رسالة للحصول على
درجة الدكتوراة، كلية الحقوق، جامعة الإسكندرية، ديسمبر ١٩٧٣ م.

• محمد السيد غلاب، البيئة والمجتمع، مؤسسة شباب الجامعة، ١٩٩٦ م.

• محمد حافظ غانم، مبادئ القانون الدولي العام، دار النهضة العربية،
١٩٧٢ م.

• محمد حسين منصور، نظرية القانون، دار الجامعة الجديدة، الاسكندرية،
٢٠٠٤ م.

• محمد نويدار، مبادئ الاقتصاد السياسي، الدار الجامعية، ٢٠٠٠ م.

• محمد سامي عبد الحميد، قانون المنظمات الدولية الجزء الأول الأمم
المتحدة، الطبعة الثامنة، دار المطبوعات الجامعية، الاسكندرية، ١٩٩٧ م.

• محمد سامي عبد الحميد، منظمة الصحة العالمية، دروس لطلبة دبلوم
القانون العام، جامعة الإسكندرية، كلية الحقوق، ١٩٧٩ م.

• محمد سامي عبد الحميد، القيمة القانونية لقرارات المنظمات الدولية
كمصدر لقواعد القانون الدولي العام، المجلة المصرية للقانون الدولي،
الجمعية المصرية للقانون الدولي، المجلد الرابع والعشرون، ١٩٦٨ م.

- محمد طلعت الغنيمى، الأحكام العامة فى قانون الأمم التنظيم الدولى، منشأة المعارف، الإسكندرية، ١٩٧١م.
- محمد طلعت الغنيمى، الأحكام العامة فى قانون الأمم، قانون السلام، منشأة المعارف، ١٩٧٩.
- محمود سامى جنية، القانون الدولى العام، القاهرة، مطبعة لجنة التأليف والترجمة والنشر، ١٩٣٨م.
- مصطفى عبد الفتاح أبو الفتوح، مصطفى عوض إبراهيم، الصحة العامة والطب الاجتماعى، شركة الجمهورية الحديثة، ٢٠٠٢م.
- مفيد شهاب، المنظمات الدولية، دار النهضة العربية، القاهرة، ١٩٧٤م.
- مفيد محمود شهاب، المجلة المصرية للقانون الدولى، الجمعية المصرية للقانون الدولى، المجلد الثالث والعشرون، ١٩٦٧م.
- ممدوح محمود منصور، العولمة (دراسة فى المفهوم والظاهرة والأبعاد)، أليكس لتكنولوجيا المعلومات، ٢٠٠٤م، الإسكندرية.
- منتصر سعيد حمودة، الحماية الدولية للمرأة، دار الجامعة الجديدة، الإسكندرية، ٢٠٠٧م.
- منتصر سعيد حمودة، حماية حقوق الطفل فى القانون الدولى العام والإسلامى، دار الجامعة الجديدة، الإسكندرية، ٢٠٠٧م.
- هدى غريب، نادية فرغلى، إيمان درويش، سلوى طایل، العلوم الصحية، الوفاء لدنيا الطباعة والنشر، الإسكندرية.

إصدارات منظومة الأمم المتحدة

- تقرير منظمة الصحة العالمية عن وباء التبغ العالمى ٢٠٠٨م، منظمة الصحة العالمية، جنيف، ٢٠٠٨م.
- صحتنا من سلامة كوكبنا، تقرير لجنة الصحة البيئية التابعة لمنظمة الصحة العالمية - منظمة الصحة العالمية - جنيف - ١٩٩٩م.

- طب المجتمع، إعداد نخبة من أساتذة الجامعات في العالم العربي، منظمة الصحة العالمية، أكاديميا إنترناشيونال، بيروت، ٢٠٠٥م.
- الغذاء والتغذية، سلسلة الكتاب الطبي الجامعي، منظمة الصحة العالمية، المكتب الإقليمي لشرق المتوسط، القاهرة، ٢٠٠٥م.
- كبح جماح الوباء، الحكومات وأقتصاديات مكافحة التبغ، البنك الدولي، منظمة الصحة العالمية، المكتب الإقليمي لشرق المتوسط، الإسكندرية، ٢٠٠٠م.
- متعة الحياة بدون تبغ، تقرير منظمة الصحة العالمية عن وباء التبغ العالمي عام ٢٠٠٨م - منظمة الصحة العالمية - جنيف - ٢٠٠٨م.
- موجز الأحكام والفتاوى والأوامر الصادرة من محكمة العدل الدولية (١٩٩٢م: ١٩٩٦م)، الأمم المتحدة، نيويورك، ١٩٩٨م.
- موجز الأحكام والفتاوى والأوامر الصادرة من محكمة العدل الدولية ١٩٤٨م : ١٩٩١م - الأمم المتحدة، نيويورك، ١٩٩٢م.

ثانياً: قائمة المراجع الأجنبية

- A.E. Boyle and C. Chinkin, The Making of International Law, Oxford University Press, 2007.
- A.J.P. Tammes, Decisions of international organs as a source of international law, R.C.A.D.I., 1958/2.
- Allyn Taylor - WHO Framework Convention on Tobacco Control: a global “good” for public health- Bulletin of the World Health Organization- 2000- Vol. 78- No. 7.
- Andrew Lakoff- Tow Regimes Of Global Health- An International Journal Of Human Rights- Humanitarians And Development- Pennsylvania University- 2010- Vol. 1- No. 1.
- Antonio Cassese, International Law, Oxford University Press, First Published, 2001.
- Benjamin Mason Meier- Breathing Life into the Framework Convention on Tobacco Control: Smoking Cessation and the Right to Health- Yale Journal Of Health Policy, Law And Ethics- Vol. 5- Issue 1.
- Brekelman RL. And Bryan RT.- Infectious Diseases Surveillance: A Crumbling Fondation – Science- 15 April 1994- Vol. 264.
- Chaier, le droit interne de organisations internationals, R.G.D.I.P., 1963.
- Charles King, Carolyn Celebucki, And Gregory N. Connolly- An Evaluation of Brand-Specific Advertising in Relation to Youth Readership- Journal

of the American Medical Association- 18 February 1998—Vol 279- No. 7.

- Cino Vitta, *Le Droit Sanitaire International*, R.C.A.D.I., 1930, Vol 33, No. 3.
- Claude H. Vignes, *The Future of International Health Law : W.H.O. Perspective*, International Digest of Health Legislation, W. H. O., Genva, 1989, Vol. 40, No. 1.
- Daniel Bodansky- *The Framework Convention/ Protocol Approach- World Health Organization- Genva- 1999*.
- Daniel Bodansky- *What Makes International Agreements Effective?- World Health Organization- Genva- 1999*.
- David G. Victor, Kal Raustiala and Eugene B. Skolnikoff- *The Implementation and Effectiveness Of International Environmental Commitments- Massachusetts Institute Press- U.S.A.- 1998*.
- David M. Bell, Mauricio Hernandez And Carlos del Rio – *Pandemic Influenza As 21st Century Urban Public Health Crisis – Emerging Infectious Diseases – 2009- Vol. 15- No. 12*.
- David P. Fidler And Lawrence O. Gostin- *The New International Health Regulations: An Hestoric Development For International Law And Public Health- Journal Of Law, Medicine And Ethics- March 2006- Vol. 34*.
- David P. Fidler- *Emerging Trends in International Law Concerning Global Infectious Disease Control-*

Emerging Infectious Disease- Centers for Disease Control and prevention- Atlanta U.S.A- March 2003- Vol. 9- No. 3.

- David P. Fidler- From International Sanitary Conventions To Global Health Securely : The New International Health Regulations- Chinese Journal of International Law (2005), Vol. 4, No. 2.
- David P. Fidler- Globalization, International Law and Emerging Infectious Diseases- Emerging Infectious Diseases- 1996- Vol. 2- No. 2.
- David P. Fidler- Influenza Virus Samples, International Law And Global Health Diplomacy – Emerging Infectious Diseases- 2008- Vol. 14- No. 1.
- David P. Fidler, International Law and Infection Diseases, Oxford University Press, Indiana USA, 1999.
- David P. Fidler, International Law and Public Health, Transnational Publishers, New York.
- David Swenar, and Joy de Beyer- Smoking cessation and nicotine-replacement therapies- Oxford University press- U. K- 2000.
- Douglas Blanke And Vera da Costa e Silva- Tobacco control legislation: an introductory guide- Center for Tobacco Control Research and Education- San Francisco University- 2004.
- Douglas Blanke And William Mitchell - Towards health with justice: Litigation and public inquiries as tools for tobacco control- Center for Tobacco Control

Research and Education- San Francisco University- 2002.

- Durwood Zaelke, Donald Kariaru And Eva Kruzlkova- Making Law Work: Enviromental Compliance And Sustainable Development- Cameron May- U.S.A.- 2005.
- F. Amerasinghe – Principles of the institutional law of international – Campridge University Press – Second Revised Edition – 2005 – New York.
- Glenn M. Wiser- Compliance Systems Under Multilateral Agreements- The Center For International Environmental Law- October 1999.
- Goodrich, The United Nations, Thomas, New York, 1958.
- Hadii M. Mamudu, Ross Hammond, and Stanton A. Glantz- Project Cerberus: Tobacco Industry Strategy to Create an Alternative to the Framework Convention on Tobacco Control- American Journal of Public Health- September 2008- Vol 98- No. 9.
- Henry Saffer- Tobacco advertising and promotion- Oxford University press- U. K- 2000.
- Ian Brownlie, Principles of Public International Law, Oxford Unversity Press,U.S.A, Seventh Edition,2008.
- J.G. Starke, Introduction to International Law, Butterworth & Co (Publishers), London, Ninth Edition, 1984.
- James C. Hathaway- The Rights Of Refugees Under International Law- Cambridge University Press- 2005.

- Jean Charpentier, Le contrôle par les organisations internationales de l'exécution des obligations des états, R.C.A.D.I, 1982, Vol. 182 – IV.
- Jean-Marie Auby, Le Droit De La Santé, P.U.F., Coll. Thémis, 1981.
- Jeff Collin, Kelley Lee and Karen Bissell- The Framework Convention on Tobacco Control: The Politics of Global Health Governance- Third World Quarterly- U.S.A.- April 2002- Vol. 23- No. 2.
- Jennifer P. Ruger, Dean T. Jamison, David E. Bloom and David Canning, International Public Health: Diseases, Programs, Systems and Policies, Health and the Economy, Editors by Michael H. Merson, Robert E. Black and Anne J. Mills Jones & Bartlett Publishers, 2 edition, 2005.
- Jonathan E. Suke- Sound Science And The New International Health Regulations- Global Health Governance- 2007- Vol. 1- No. 2.
- Karin Dinest- Networks Replace Nations States In New World Order- Princeton Bulletin- 12 April 2004- Vol. 93.
- Katharine M. Esson, Stephen R. Leeder, The Millennium Development Goals And Tobacco Control, World Health Organization, Geneva, 2004.
- Kathleen J. Choi- A Journey Of A Thousand Leagues: Quarantine To International Health Regulations And Beyond- Pennsylvania Journal of International Law- 2008- Vol. 29- No. 4.

- Kenji Shibuya, Christina Ciecierski, Emmanuelle Guindon, Douglas W Bettcher, David B Evans And Christopher J L Murray- WHO Framework Convention on Tobacco Control: development of an evidence based global public health treaty- British Medical Journal -19 July 2003- Vol. 327.
- Kevin Chan, Understanding Global Health, Economics and Global Health, McGraw-Hill Professional, First Edition, 2007.
- Lawrence O. Gostin – Influenza A (H1N1) And Pandemic Preparedness Under The Rule Of International Law- J.A.M.A- 2009-Vol. 301- No. 22.
- Lawrence O. Gostin and Fellow L. Gable- The Draft Revised International Health Regulations- Comments From The Center For Law And The Public's Health- 3 March 2004- The Center For Law And The Public's Health At Georgetown And Johns Hopkins Universities.
- Lawrence O. Gostin- International Infectious Disease Law- JAMA- June 2004- Vol. 291- No. 21.
- Linden A. Mander, Foundations Modern World Society, Second Edition, Stanford University Press, California, 1947.
- Louise Gresham, Assad Ramlawi, Julie Briski And Mariah Richardson- Trust Across Borders: Responding To 2009 H1N1 Influenza In The Middle East- Biosecurity And Bioterrorism: Biodefence Strategy, Practice And Science- 4 Nov. 2009- Vol.7.

- LOURDES I. CATALÁ- THE FRAMEWORK CONVENTION ON TOBACCO CONTROL: EFFECTS OF INTERNATIONAL TOBACCO REGULATION IN BRAZIL- MASTER OF ARTS- UNIVERSITY OF FLORIDA, ARTS SCHOOL- 2007.
- Luk Joossens, Frank Chaloupka, David Merriman And Ayda Yurekli - Issues in the smuggling of tobacco products- Oxford University press- U. K- 2000.
- Malcolm N. Shaw, International Law, Cambridge University Press, Sixth Edition, 2008.
- Marc A. Levy- Robert O. Keohan And Peter M. Haas- Sources Of Effective International Environmental Protection- Massachusetts Institute Of Technology Press- 2001.
- Marcel Sibert, Quelques Aspects De L'Organisation Et De La Technique Des Conférences Internationales, R.C.A.D.I, 1934, Vol 48, No.2.
- Mary E. Wilson- Travel And The Emerging Infectious Diseases- Emerging Infectious Diseases- 1995- Vol. 1- No. 2.
- Michael Bothe, Les Concepts Fondamentaux Du Droit Á La Santé: Le Point De Vue Juridique, R.C.A.D.I., 1978, Vol.27, Tom 2.
- Michael Christopher, Low-Empire Of The Hajj: Pilgrims, Plagues, And Pan-Islam Under British Surveillance, 1865-1926- A Thesis Submitted in Partial Fulfillment of the Requirements for the

Degree of Master of Arts-College of Arts and Sciences -Georgia State University.

- Michael G. Baker And David P. Fidler- Global Public Health Surveillance Under New International Health Regulations- Emerging Infectious Diseases- 2006- Vol. 12- No. 7.
- Michael H. Merson, Robert E. Black, Ann J. Mills, International Public Health, Jones and Bartlett Publishers, U.S.A., 2005.
- Michel Bélanger, Droit International De La Santé, Economica, 1983.
- Michel Virally, The Sources of International Law, in Manuel of Public International Law, Edited by Max Sorensen, Macmillan, London, 1968.
- Mirna Beest Holle And Marja Esveld- Global Implications Of The New WHO International Health Regulations- International Journal Of Infections Control- 2006- Vol. 2- No. 1.
- Neville M. Goodman, Foreword by M.G. Candau, International Health Organizations and Their Work, Second Edition, Churchill Livingstone, London, 1971.
- Norman Howard – Jones, The scientific background of the international sanitary conferences 1851: 1938, World Health Organization, Geneva, 1975.
- Paul F. Basch, Textbook of International Health, Oxford University Press, Second Edition, New York, 1999.

- Prabhat Jha And Frank Chaloupka- Tobacco Control In Developing Countries- Oxford University press- U. K- 2000.
- Prabhat Jha, Fred Paccaud, And Son Nguyen- Strategic priorities in tobacco control for governments and international agencies- Oxford University press- U. K- 2000.
- Preston S A., Population and Economic Change in Developing Countries, University of Chicago Press, 1982.
- Pritchett L., Summers LH., Wealthier is Healthier, Journal of Human Resources, 1996, Tom. 31, Vol. 4.
- Rapisardi, Mirabelli, Théorie général des Unions Internationales, R.C.A.D.I, 1925, Vol. 7, No. 2.
- Rebecca Katz - Use Of Revised International Health Regulations During Influenza A (H1N1) Pandemic 2009- Emerging Infectious Diseases.- 2009- Vol. 15- No. 8.
- Rebecca Katz and Julie – The Revised International Health Regulations : A Framework For Global Pandemic Respons- G.H.G. – Spring 2010- Vol. 3- Issue 2.
- Rebecca Katz And Julie Fisher- The Revised International Health Regulations: A Framework For Global Pandemic Response- G.H.G.- Vol. 3- No. 2.
- Ricardo Monaco, Les principes regissant la structure et la fonctionnement des organizations internationals, R. C. A. D. I., 1977, Tome 156, Vol. 111.

- Rowena Jacobs, Frederick H. Gal And Thomas C. Capehart - The supply-side effects of tobacco control policies- Oxford University press- U. K- 2000.
- Ruth Roemer, Allyn Taylor, and Jean Larivière- Origins of the WHO Framework Convention on Tobacco Control- American Journal of Public Health- June 2005- Vol 95- No. 6.
- Thomas Gehring- Integrating Integration Theory: New Functionalism And International Regimes- Global Society- Kent University- U. K. – 1996- Vol. 10- No. 3.
- Thomas Gehring- International Environmental Regimes: Dynamic Sectoral Legal Systems- Yearbook Of International Environmental Law- Oxford University Press- 1990- Vol. 1.

إصدارات منظمة الأمم المتحدة

- Chronicle of The World Health Organization, vol. 1, United Nations, Palais des Nations, Geneva, 1947.
- Claude H. Vignes, The Future of International Health Law : W.H.O. Perspective, International Digest of Health Legislation, W. H. O., Genva, 1989, Vol. 40, No. 1.
- Convention against Torture and Other Cruel, Inhuman or Degrading Treatment or Punishment - World Health Organization, Regional Office For The Eastern Mediterranean, Cairo.
- Convention and Protocol Relating To The Status Of Refugees, United Nations High Commission For Refugees, Geneva, 2007.

- Convention on the Right of Persons with Disabilities: Roles and Responsibilities of the Health Sector- World Health Organization, Regional Office For South-East Asia- 2010.
- Final Acts of The International Health Conference- Official Records of The W.H.O No.2- W.H.O.- Genva- June 1948.
- Global Influenza Programme – World Health Organization- 2009- Geneva.
- Health and Environment Managing the Linkages for Sustainable Development, World Health Organization and United Nations Environmental Programme, World Health Organization, 2008.
- Lahcen Băyti, Future Perspectiones For International Health Law, International Digest of Health Legislation, W. H. O., Genva, 1989, Vol. 40, No. 1.
- League of Nations, Health Organization-Information Section, Geneva, 1931 .
- Leon Hurwitz, Reflections of A Political Scientist, International Digest of Health Legislation, W. H. O., Genva, 1989, Vol. 40, No. 1.
- Marie-Franfoise Lucker-Babel, A new challenge for international cooperation in health matters, International Digest of Health Legislation,, Genva, World Health Organization, 1989, Vol.40, No.1.
- Michel Bélanger, The Future of International Health Legislation, International Digest of Health Legislation, W. H. O., Genva, 1989, Vol. 40, No. 1.

- Minutes of The Technical Preparatory Committee- Official Records of The W.H.O No.1- W.H.O.- Genva- October 1947.
- Official Records of The World Health Organization No. 2, Proceedings and Final Acts of The International Health Conference, World Health Organization, interim Commission, Geneva.
- Public Health Emerging Of International Concern- Pan American Health Organization- Washington DC – 2010.
- The Framework Convention on Tobacco Control A Primer, World Health Organization, Geneva, 2003.
- The First Ten Years of The World Health Organization, World Health Organization, Geneva, 1958.
- Tools for advancing tobacco control in the 21st century, World Health Organization, Geneva, 2004.
- United Nations, Chronicle Of The World Health Organization Vol. 1, 1947, Palais de Nation, Geneva.
- V. S. Mihajlov, International Health Law: Current Status and Future Prospects, International Digest of Health Legislation,, Genva, World Health Organization, 1989, Vol.40, No.1.
- Vienna Convention on the Law of Treaties 1969, United Nations, Treaty Series, vol. 1155.
- Vingt-cinq ans d'activité de L'office international d'hygiène publique 1909 : 1933; L'office international d'hygiène publique, Paris, 1933.
- World Trade Organization Agreements And Public Health- World Trade Organization- Printed by the W.T.O.- 2002.

الفهرس

الموضوع	الصفحة
مقدمة عامة.....	٧
باب تمهيدى ..	٩
تارىخ التعاون الدولى الصحى	
الفصل الأول: المؤتمرات الدولية الصحية	١٥
الفصل الثانى: المكتب الدولى للصحة العامة.....	٣٥
الفصل الثالث: منظمة الصحة بعصبة الأمم.....	٤١
الفصل الرابع: نشأة منظمة الصحة العالمية.....	٤٥
المبحث الأول: الطبيعة القانونية للمعاهدة المنشئة للمنظمة الدولية	٤٥
المبحث الثانى: الطبيعة القانونية للمعاهدة المنشئة لمنظمة الصحة	
العالمية	٤٨
المطلب الأول: المعاهدة المنشئة لمنظمة الصحة العالمية	
كمعاهدة دولية	٤٩
المطلب الثانى: المعاهدة المنشئة لمنظمة الصحة العالمية	
كدستور للمنظمة	٥٩
الباب الأول	٦٧
الإطار العام للقانون الدولى الصحى	
الفصل الأول: تعريف القانون الدولى الصحى.....	٦٩
الفصل الثانى: نطاق القانون الدولى الصحى.....	٧٥
الفصل الثالث: قواعد القانون الدولى الصحى من قواعد النظام العام	٨١
الدولى	
المبحث الأول: أثر الصحة على الاقتصاد.....	٨١

الصفحة	الموضوع
٨٨	المبحث الثاني: خصائص القانون الدولي الصحي
٩٥	الفصل الرابع : مصادر القانون الدولي الصحي
٩٦	المبحث الأول: المعاهدات
١٠٢	المبحث الثاني: قرارات المنظمات الدولية
١١٠	المبحث الثالث: المبادئ العامة للقانون
١١٢	المطلب الأول: التعريف بالمبادئ العامة للقانون
	المطلب الثاني: المبادئ العامة للقانون كمصدر للقانون الدولي
١١٦	الصحي
١٢٠	المبحث الرابع: أحكام المحاكم والفقه الدولي
١٢٢	المطلب الأول: أحكام المحاكم
١٢٧	المطلب الثاني: كتابات الفقهاء
	الباب الثاني
١٣١	قواعد القانون الدولي للصحة الجسدية
١٣٣	الفصل الأول : قواعد القانون الدولي الصحي لمكافحة الأمراض الوبائية
١٣٣	المبحث الأول: المعاهدة الإطارية لمكافحة التبغ
١٤٠	المطلب الأول: الغرض المنشود والمبادئ التوجيهية
١٤٧	المطلب الثاني: التدابير الاقتصادية لمكافحة وباء التبغ
١٦٦	المطلب الثالث: التزامات الأطراف
١٦٩	المطلب الرابع: الرقابة على تنفيذ الاتفاقية
١٧٦	المبحث الثاني: اللوائح الدولية الصحية
١٧٨	المطلب الأول: الطبيعة التشريعية لقرارات منظمة الصحة العالمية المتعلقة بمكافحة الأمراض المعدية

١٧٨	الفرع الأول: الأساس التشريعي لتلك اللوائح.....
١٨٣	الفرع الثاني: تطبيقات منظمة الصحة العالمية لهذه اللوائح..
١٨٨	المطلب الثاني: الطبيعة الموضوعية للوائح الدولية الصحية ٢٠٠٥ م.....
١٨٨	الفرع الأول: الغرض والنطاق.....
١٩٥	الفرع الثاني: التزامات الدول الأطراف بأنشطة المراقبة والاستجابة.....
٢٠١	الفرع الثالث: التزامات الدول الأطراف بمبادئ حقوق الإنسان.....
٢٠٢	الفرع الرابع: نفاذ اللوائح الدولية الصحية الجديدة.....
٢٠٥	المطلب الثالث: تطبيق اللوائح الدولية الصحية على أزمة وباء أنفلونزا فيروس H1N1 عام ٢٠٠٩ م.....
٢١٣	الفصل الثاني: قواعد القانون الدولي المصنفة لمكافحة الأمراض المعدية ..
٢١٥	المبحث الأول: برنامج مكافحة الملاريا.....
٢٢١	المبحث الثاني: "الحملة المنتصرة" ضد الجدري.....
٢٢٥	المبحث الثالث: برنامج السيطرة على داء المذنبات الملتهبة في غرب أفريقيا.....
٢٢٨	المبحث الرابع: مرض المل.....
٢٣٥	المبحث الخامس: الحملة العالمية لمكافحة الأيدز.....
٢٤٥	الباب الثالث قواعد القانون الدولي للصحة الاجتماعية
٢٥١	الفصل الأول: القواعد الوقائية الوظيفية.....

الصفحة	الموضوع
٢٥١	المبحث الأول: القواعد القانونية الدولية لصحية المتعلقة بالبيئة
٢٥٦	المبحث الثاني: القواعد القانونية الدولية للصحية المتعلقة بالتغذية
٢٦١	الفصل الثاني: القواعد الوقائية لفئات الأفراد
٢٦١	المبحث الأول: القواعد الوقائية لفئة الأفراد المعرضين للخطر....
٢٦١	المطلب الأول: العمال
٢٦٧	المطلب الثاني: المعوقون
٢٧٢	المطلب الثالث: الأفراد الموجودون بمراكز التعذيب
٢٧٩	المبحث الثاني: القواعد الوقائية لفئات العمرية المختلفة للأفراد..
٢٨٠	المطلب الأول: الطفولة
٢٩٠	المطلب الثاني: المرأة
٣٠١	المطلب الثالث: المسنون
٣٠٣	المبحث الثالث: القواعد الوقائية لفئة الأفراد الأجانب
٣٠٧	الخاتمة
٣١١	قائمة المراجع العربية
٣١٥	قائمة المراجع الأجنبية
٣٢٧	الفهرس

رقم الإيداع	٢٠١١/١٠٢٥٦
الترقيم الدولي	I.S.B.N
978-977-328-874-0	



دار الجامعة الجديدة للنشر

٢٨ شارع سوتير - الأزارطة الإسكندرية ت : ٤٨٦٣٦٢٩ - ٤٨٦٨٠٩٩

E-mail. : darelgamaaelgadida@hotmail.com

www.darggalex.com info@darggalex.com

القانون الدولي المصغى



الدكتور
خالد سعد أنصاري يوسف
دكتوراه في القانون الدولي العام
كلية الحقوق - جامعة الإسكندرية

دار الجامعة الجديدة

القانون الدولي المصغى

د | خالد سعد أنصاري يوسف

دار الجامعة الجديدة

Bibliotheca Alexandrina



1212655

ISBN: 978-977-328-874-0



9 789773 288747



دار الجامعة الجديدة

٣٨-٤٠ ش سوتير - الازاريطة - الاسكندرية

تليفون: ٤٨٦٣٦٢٩ - فاكس: ٤٨٥١١٤٣ - تليفاكس: ٤٨٦٨٠٩٩

Email: dargamaaelgadida@hotmail.com

www.darggalex.com info@darggalex.com